

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA

Departamento de Sociología V

(Teoría Sociológica)



TESIS DOCTORAL

Sociología y drogodependencia: la mirada técnica en la intervención social

**Fundamentos para la constitución de una sociología de las
drogodependencias**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Jorge Marrón Abascal

Director

Mario Domínguez Sánchez-Pinilla

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGIA
DEPARTAMENTO SOCIOLOGÍA V (TEORÍA SOCIOLOGICA)



SOCIOLOGÍA Y DROGODEPENDENCIA: LA MIRADA TÉCNICA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL
FUNDAMENTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE UNA SOCIOLOGÍA DE LAS
DROGODEPENDENCIAS

TESIS DOCTORAL DE:

JORGE MARRÓN ABASCAL

DIRIGIDA POR:

MARIO DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ-PINILLA

Madrid, 2015

*¡Ay, quien adivina mi voluntad,
ése adivina sin duda también por qué caminos torcidos tiene él que caminar!*

Friedrich Nietzsche

A El Montañés,

Quienes me han dado todo sin pedir nada a cambio.

Agradecimientos

Por fin ha llegado ese momento en el que podemos hacer justicia y devolver con palabras todo el apoyo recibido y sostenido a lo largo de estos años. Sin duda no es fácil estar ahí y soportar cada una de las revoluciones internas, enajenaciones transitorias, dudas, enfados, tropiezos, caídas, terquedades, miedos, frustraciones, que unilateralmente compartimos con aquellos y aquellas que tenemos más cerca. A todas y todos, gracias.

En la primera del frente y siempre a mi lado, los míos. Haber nacido y crecido en un bar es un hecho que te marca desde el primer momento y si hoy hablo y miro desde donde lo hago y como lo hago es porque ese impulso por conocer las cosas que me ha traído hasta aquí se forjó a base de horas de observación en ese espacio social único. Nunca olvidaré cómo el mundo y la gente se abren ante tus ojos mientras haces equilibrios sobre las patas de un taburete de la barra, la alquimia y el sabor presentes en los fuegos de una cocina, la logística necesaria para poner cafés con churros durante más de sesenta años o la sabiduría condensada en una frase anónima. A mis abuelos, Jorge y Matilde, que emigraron desde su tierruca cántabra a Madrid en busca de una vida mejor y que forjaron a base de esfuerzo y riñones. SIEMPRE CON VOSOTROS, SIEMPRE CONMIGO. A mis padres, Miguel Ángel y Maty, mis *Médici* particulares y el mayor ejemplo de amor y entrega incondicional pase lo que pase y caiga quien caiga. Todo lo que soy me lo habéis dado vosotros. A mi hermano Diego, la otra cara de la moneda que me enseña el camino desde la ventaja que supone tener a un gigante como hermano mayor. Sois el espejo en el que me miro todas las noches.

A vosotras, las únicas que habéis sabido elevar mi espíritu y darme las fuerzas necesarias para llegar hasta esta Ítaca. He tenido la suerte de caminar a vuestro lado de la mano y aprender de los misterios de la vida en la profundidad de vuestros ojos. El mundo es vuestro. O al menos el mío. *Vi voglio bene*.

¿Qué puedo decir de mis segundas familias? Si hay algo que forja el carácter son todas esas personas que reconocemos como iguales y con las que compartimos nuestras experiencias y nuestros primeros pasos en este mundo de adultos y normalidad prescrita. Desde Fuencarral hasta Somosaguas he tenido la oportunidad de crecer social y sociológicamente con todos y cada una de vosotras ya fuera en casas de abuelas tomadas a amigos a base de costumbre, Francisco del Pozo número 7, donde hemos exprimido al máximo eso que llaman juventud hasta convertirnos en padres. O a lo largo de años de rugby y terceros tiempos defendiendo en cada *ruck*, *melé* y *touche* los colores rojo y negro de la facultad y esa forma única de hacer y vivir la Sociología dentro y fuera de la cancha. *You will never crash alone*. A mi quimera de tres cabezas, Adrián, Yara, Ariana. *Miei compagni* de fatiga sociológica desde hace una década y quienes mejor saben cómo deconstruirme y recomponerme en la corta y larga distancia, ¡Qué ojo! A mi amigo cuatro días mayor que yo, Jorge. Treinta años codo con codo y frente a frente: nadie como tú me obliga a afinar mi puntería. A Elisa Sánchez por su impecable traducción y redacción del *abstract* de este trabajo: *Step in time!* Y, por supuesto, a todos y todas que he conocido en estos años de (j)aulas, pasillos, nichos, parques y calles:

con cada conversación y aprendizaje me habéis empujado hasta aquí arriba. Por todo lo que nos queda, ¡Salud!

A la comunidad académica, en forma y fondo, poco hay que podamos agradecer. El único apoyo económico para realizar este trabajo ha sido el ofrecido por la propia familia. Un sustento y un sustrato más allá de lo material que no hemos encontrado en todas y cada una de las becas a las que postuláramos e instituciones a las que acudimos. Esta investigación es la encarnación, sin necesidad de incidir en los estigmas que lo atestiguan, de esa Sociología nómada y en los márgenes, hoy precaria, de la que hablaba el viejo sociólogo. El mejor caldo de cultivo para desarrollar una imaginación sociológica original y resolutive. No obstante quiero agradecer a todos y todas esas profesoras que me han demostrado que esta disciplina y esta vocación son mucho más que una carrera que te ayuda a pensar. De la misma manera que este ejercicio no habría llegado a buen puerto de no ser por la abierta colaboración de cada una de las organizaciones y personas contactadas que nos han permitido desarrollar nuestra labor investigadora. De nuevo, Gracias. A mi director Mario Domínguez por estimular ese gusano de la teoría sociológica allá por el segundo año de carrera. De las reducidas clases después de comer peleando con los pesos pesados de la sociología contemporánea a profundos cuestionamientos internos sobre mi capacidad y mi ciega obstinación por acabar este trabajo. Aún no sé si fue la zanahoria o el palo, pero este burro ya camina solo.

Y por último, a mí mismo. Por estar hoy aquí materializando un compromiso sellado hace muchos años. Un camino lleno de renunciadas voluntarias, pero nunca de renunciados forzados. Este trabajo es por y para todas esas personas y familias que en su vida se han cruzado con la maldita droga. Hoy damos un paso al frente sin miedo. *Denantes mortos che escravos.*

Fuencarral-Gunxel, verano de 2015.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	11
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	14
2.1. Des-haciendo la casa por el tejado	14
2.2. La cuestión del estado de la cuestión: Los discursos de la droga y los discursos sobre la droga	17
2.3. De los grandes acuerdos internacionales a los planes municipales concretos: La droga como un asunto en escalas	24
3. MARCO DE REFERENCIA	36
3.1. ¿Por qué y Para qué centrarnos en un espacio concreto?	36
3.2. Del CAD al Instituto de Adicciones: del hilo a la madeja	38
3.3. Del Plan Municipal de Drogas al Instituto de Adicciones. Más de veinte años de experiencia con, desde, por, para, contra la drogodependencia	39
3.3.1. <i>Estructura y funcionamiento del Instituto de Adicciones</i>	46
3.3.2. <i>Niveles de coordinación del Plan</i>	47
3.3.3. <i>La Prevención como objetivo del Plan de Adicciones</i>	52
3.4. De la deriva al transecto: del ver al hacer ver	54
3.4.1. <i>El Instituto de Adicciones y la Agencia Antidroga: Dos servicios complementarios en la comunidad y ciudad de Madrid</i>	56
3.4.2. <i>Miradas alterinstitucionales: Otros marcos a los que hacer referencia</i>	59
3.4.2.1. <i>Las salas de consumo vigilado: consumos crónicos y reducción del daño</i>	59
3.4.2.2. <i>La diacetilmorfina: un ensayo clínico de una alternativa terapéutica</i>	61
3.4.2.3. <i>Enfoques críticos: Acciones educativas desde un enfoque de promoción de la autonomía personal</i>	62
3.4.2.4. <i>Las madres contra la droga y la impunidad: memoria viva de una experiencia</i>	64

4. MARCO TEÓRICO	68
4.1 Abriendo la caja de herramientas	70
4.2 Las drogas: Introducción a un análisis sociológico de un fenómeno sociocultural	73
4.3 Una cuestión de principios: La desviación se apoya en la diferencia	78
4.4. Orden, Poder y Saber: el arte de hacer individuos	83
4.5. La figura del yonki: deshaciendo identidades aberrantes	90
4.5.1. <i>Entre el yonki y el usuario:</i> <i>El drogodependiente como ejemplo de carrera de lo desviado</i>	91
4.6. Entre la alta costura y el estigma social: una cuestión de etiqueta y poder	95
4.7. La sociología y la investigación participativa frente a las drogodependencias: Una propuesta nómada	101
4.7.1. <i>Aterrizando en la IAP</i>	103
4.7.2. <i>El Plan de Acción Integral</i>	111
4.7.3. <i>Hacia un Plan de Acción Integral en Drogodependencias</i>	114
 5. METODOLOGÍA	 117
5.1. Hacia un posicionamiento metodológico	117
5.2. Tiempos, Fuentes, Objetivos: la realidad desborda las formas	119
5.3. Despliegue metodológico: concretando el y sobre el terreno	122
5.3.1. <i>La entrevista como opción práctica elegida:</i> <i>Entre la entrevista semi-estructurada y la conversación abierta</i>	122
5.3.2. <i>La toma de (los) contacto(s)</i>	124
5.4. Listado de entrevistas realizadas	128
 6. ANÁLISIS DE DISCURSO	 131
6.1. Frente al análisis de discurso, un posicionamiento discursivo (I)	134
6.2. Análisis de discurso	134
<i>Parte I: la visión formal del fenómeno</i>	134
<i>Parte II: miradas alterinstitucionales</i>	167

6.3. Discursos de la droga y sobre la droga: dibujando un escenario de referencia	232
6.4. Frente al análisis de discurso, un posicionamiento discursivo (II): Tres cuadros a modo de síntesis y complejización para cerrar y abrir espacios desde la praxis	242
7. CONCLUSIONES	253
8. BIBLIOGRAFÍA	257
9. ANEXOS	266
9.1. Abstract	266
9.2. Índice del análisis de discurso	267
9.3. Transcripciones de las entrevistas	269
9.4 El Zomki: o el buen salvaje enajenado	537
9.5 Segunda Bibliografía	547
9.6. Índice de figuras	550

1. INTRODUCCIÓN

¿Dónde se hallan las raíces de un trabajo de investigación?, ¿qué elementos son la clave y el punto de arranque de toda una extensa reflexión temática?, ¿cuál es el pulso que guía el afán por conocer más en profundidad un aspecto de la realidad? Para dar respuestas a estas preguntas hemos de volver la vista atrás y situarnos en nuestra primera etapa de formación. Durante los años correspondientes al primer ciclo de la licenciatura comenzamos a tener contacto con esa disciplina elegida como “carrera” y fuimos abriéndonos paso por las diferentes teorías que moran en su interior. En uno de estos enfrentamientos, en una asignatura impartida, precisamente, por nuestro director de tesis, nos encontramos por primera vez con el esquema de adaptación social de Robert K. Merton. Un cuadro clásico en la teoría sociológica que resume y expone las diversas respuestas adaptativas de los sujetos en función de las metas culturales y los medios institucionales a su disposición. Y para nosotros una cartografía de la acción social donde el elemento que más nos llamaba la atención era la figura de la rebelión pues, al contrario del resto de formas, este tipo de adaptación se comporta de manera ambivalente respecto a las metas y los medios en circulación y siendo capaz de producir tanto nuevas metas y como nuevos medios.

A partir de este punto comenzaría una exhaustiva profundización en esta área de conocimiento según transcurrían los años de formación. De esta época rescatamos esas lecturas que, de forma progresiva, fueron creando un abanico de conceptos, nociones, ideas y puntos de vista que fuimos fundiéndolos en nuestro particular *melting pot*. Esta fue la chispa que encendió la mecha de nuestro interés por las respuestas adaptativas que adoptan los sujetos de una sociedad y la punta de lanza para construir una mirada fruto de ese proceso de acumulación y discusión interno en torno a las principales corrientes sobre la desviación o divergencia social.

Desde ese momento, definido un interés, acotado un corpus teórico en el que nos reconocíamos y convencidos de desarrollar un proyecto de investigación en el marco de los cursos de doctorado, comenzamos a plantearnos qué tema u objeto de estudio íbamos a seleccionar como campo de trabajo. Las primeras tentativas se centraron en proponer un análisis sociocultural de la figura del antihéroe como ejemplo paradigmático en el que canalizar nuestra reflexión en torno al par desviación/orden social y ofrecer así una serie de

elementos para leer las diferentes elaboraciones, individuales y colectivas, expertas y profanas, en torno a eso que entendemos como adaptación y desadaptación social.

De forma progresiva, tras afrontar los necesarios cuestionamientos propios y ajenos, fuimos puliendo el objeto de estudio hasta llegar a concretarlo en una imagen reconocible en el cuerpo social. Fruto de esa paulatina delimitación decidimos trasladar esos intereses teóricos hacia la figura del *yonki*. La principal razón encontrada fue la fuerza con la que esta imagen deteriorada (estereotipo) del consumidor de drogas/drogodependiente conseguía condensar en sí misma determinados rasgos que podían servirnos para profundizar en esos primeros planteamientos que nos marcamos en el arranque de los cursos de doctorado. Esto supuso una problematización en cascada que se tradujo en un asedio intelectual al basto fenómeno de las drogodependencias con el objetivo de encontrar un espacio en el cual insertar nuestra mirada sociológica y poder desarrollar una investigación capaz de satisfacer nuestros intereses intelectuales y los requisitos académicos a cubrir.

De todo ese cuestionamiento delimitamos dos campos obligados a entrecruzarse y entenderse para enriquecer nuestra investigación. De un lado, un eje crítico que gravita en torno al marco de referencia que sirve como autopista principal para aproximarse al fenómeno de las drogodependencias y su estado (de la cuestión). Y por otra parte una figura identificable y transmitida a lo largo de las décadas a través de los principales medios de producción cultural que pensamos debe ser abordada para comprender toda la serie de estrategias y acciones desplegadas para encarar los efectos de las prácticas de un colectivo identificado por sus características negativas. De esta manera, la forma definitiva de este trabajo es el resultado y el reflejo de la toma de partido adoptada tanto por la selección de un objeto de estudio, en este caso una cuestión de “alta costura” -los procesos de construcción de la identidad-, como de una determinada perspectiva para abordar dicho hecho social desde un punto definido -los discursos *de* la droga y *sobre* la droga-. De ahí la importancia de la visibilización de los anclajes teóricos utilizados para lanzarnos sobre el objeto de estudio a la hora de poner prueba las conjeturas suscitadas, evaluar los resultados obtenidos y construir propuestas a partir de lo aprendido.

Para ello hemos decidido optar, dadas nuestras posibilidades, por una investigación de corte cualitativo (o *estructural*) concretizada en una parte teórica y otra práctica y enfocada a

hacer emerger las significaciones técnicas en torno a este tema (*la droga como indicador social*). Si bien, como podrán comprobar, hemos intentado delimitar cada cuestión dentro de su apartado correspondiente, los sucesivos encabalgamientos, guiños e influencias entre estas partes son tan visibles y necesarias que para acercarnos a este trabajo es necesario tomar una postura transductiva donde lo teórico y lo práctico son una división externa que resulta útil para hacer más fácil esa tarea de visibilización del trabajo realizado pero que no puede permitirse, por definición, desechar la riqueza de ese mestizaje epistemológico que da forma y se encarna en el sujeto investigador en permanente transición y construcción.

Por ese motivo la intención de nuestro proyecto de investigación es avanzar hacia una postura que busque comprender *qué se está haciendo* y cuáles son los principios técnicos (*cómo se hace*) y metodológicos (*por qué se hace así*), e incluso epistemológicos (*para qué o para quién se hace*), que sirven como base para la actuación o intervención al mismo tiempo que marcamos los elementos que definen cuál es el estado de la cuestión de un determinado hecho social. La finalidad de esta actitud es tomar cierta distancia de la visión hegemónica del fenómeno para desarrollar un análisis sobre el problema que nos encamine hacia el objetivo de largo alcance que nos marcamos: generar un marco propio en el que integrar el mayor número de lecturas existentes para producir un caldo de cultivo, al menos sociológico, lo más estimulante posible para que se den las condiciones necesarias para un investigación de corte participativo.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN:

2.1 Des-haciendo la casa por el tejado.

“En realidad, la ciencia debe saber que lo único que hace es registrar, en forma de leyes tendenciales, la lógica que es característica de un juego determinado en un momento determinado, y que juega a favor de aquellos que, dominando el juego, están en condiciones de definir de hecho o por derecho las reglas del juego”.

BOURDIEU, P., 2000: 47.

“Just what is it that makes today’s homes so different, so appealing?”¹

Richard Hamilton.

¿Por dónde entrar en un fenómeno tan complejo como resulta el mundo de las drogas?, ¿esperan nuestra visita?, ¿entraremos llamando a la puerta principal, con una orden de registro o tendremos que hacerlo dando una patada en ella?, ¿tendremos que ir por la parte de atrás, relegada para el uso del personal de servicio, o, quizás, tendremos que deslizarnos con nocturnidad y alevosía? Aproximarse a un hecho social tan cargado de matices, intereses, verdades y mentiras a medias y no salir etiquetado en el intento, y en las intenciones, es una proeza digna de un ladrón de guante blanco. Más aún si apostamos por una visión crítica del panorama que tenemos frente a nuestros sentidos. Para ello es necesario fijar unos anclajes que sirvan como puntos de referencia constantes para saber dónde estamos, desde dónde hablamos y por qué y para qué hacemos lo que hacemos. Realmente hemos de ser cuidadosos e ir observando, a cada paso, el piso, las paredes y los techos de las estancias en las que podemos dividir, y se divide, la casa en la que pretendemos colarnos (IBÁÑEZ, J., 1994: 19-35). Para hacer frente a esa sensación de desorientación y peligro constante que acompaña el entrar en una morada (que sentimos como) ajena, nos servimos de una mochila con diversos *gadgets* (conceptos y prácticas sociológicas) que nos proporcionan una sensación de protección y seguridad allí donde sabemos que corremos el riesgo de pisar un suelo inestable. Se trata, en cierta medida, de encontrar ese hilo (conductor) que nos permita salir de esta particular Casa Encantada o de este laberinto de espejos.

¹ “Pero, ¿qué es lo que hace a los hogares de hoy día tan diferentes, tan atractivos?”. Título de la obra que se convertiría en uno de los referentes del movimiento o arte pop.

Hemos de entender cómo está dividida y organizada la disposición interna² de la casa: qué partes son para recibir a las visitas y abrirse al mundo (el lobby, el salón), qué espacios son a los que no todo el mundo puede entrar o cuestiones que no todo el mundo puede saber qué son o de qué tratan (la cocina, la despensa, el trastero) y qué partes son para los íntimos o tienen un uso cerrado (es en las puertas de los dormitorios y los baños donde encontramos pestillos para proteger lo íntimo) (Ibíd.: 26). Estudiar el suelo nos sirve para entender cuáles son los lugares habituales que se pisan en esa casa: si nos fijamos detenidamente veremos cómo ciertas zonas están más desgastadas debido a su mayor tránsito mientras que en los rincones se acumula el polvo. Seguir las paredes nos permite comprender el corte y la discontinuidad que existe entre el espacio exterior y el interior, pero, además, en ellas localizamos espacios permeables que nos permiten entrar/salir y mirar/ser vistos: puertas y ventanas. Al ver sus habitaciones, entendemos cuáles son las prácticas regulares que tienen lugar allí: cocina/producción, comedor/ingesta, cuarto de estar/esparcimiento, salón/despachar, baño/depositar, dormitorio/descansar... estancias definidas en base al mobiliario existente para las diferentes estancias: aparatos electrónicos, cajones, aparadores, vidrieras, taburetes, sillones, lámparas...elementos que llenan de contenido las habitaciones y nos explican de qué forma se llena de sentido y contenido a los espacios que nos dicen qué es lo que se puede hacer allí.

Hemos usado el texto de Ibáñez, *La Casa en la sociedad de consumo*, para dar pie a la necesidad de discusión sobre aquello que se entiende como estado de la situación actual, o de la cuestión. Con ello queremos ver cómo mediante ciertas modificaciones estructurales, el lugar donde nos enraizamos, esa sociedad en la que moramos como sujetos sociales y sociológicos, se ha transformado en un cuarto de estar donde somos manejados y programados en función de la información disponible y las perspectivas prescritas: una lógica que marca los tiempos y las formas de vivir. Si partimos de dicha premisa interpretativa, ¿hasta qué punto nuestra casa es un escaparate de aquello que creemos que mejor representan nuestros gustos, o la opinión, y nuestra posibilidad a la hora de adquirirlos? (BOURDIEU, P., 2000: 162).

2 Otra cuestión es, y será, el análisis de las zonas “exteriores” a la casa: barrio, vecindario, jardín, fachada, porche.

La intención de esta reflexión en torno a la “casa” es hacer ver hasta qué punto podemos aceptar un determinado estado de la cuestión o definición del estado de la “cosa”. Podemos decir sin miedo a equivocarnos que el primer rasgo que encontramos dentro del universo de las drogodependencias es que no es nuestra morada. Con esta afirmación lo que buscamos comprobar la capacidad que los diferentes sujetos/grupos tienen para incidir en el debate sobre la droga y las respuestas a ofrecer³. Para nosotros, las respuestas hasta ahora ofrecidas por los máximos organismos responsables en esta materia nos de-muestran el enorme esfuerzo que se hace en registrar el fenómeno de la droga como un problema social con tintes epidemiológicos. Conscientes de ello nuestra sociología irá encaminada a detectar todas esas elaboraciones que han ido asentándose en la práctica -incluida la nuestra- y que han servido, y sirven, para mantener el estado de la cuestión dentro de un determinado marco o definición.

Sin duda la imagen de la casa, entendida como *showroom* o espacio donde comprobar las últimas creaciones, puede adaptarse según las necesidades o los intereses aparecidos dentro de este extenso campo de estudio⁴. A través de este recurso podemos cuestionarnos la realidad a diferentes escalas o niveles: desde el sujeto desviado y la imagen que tiene de sí mismo, el papel de los diferentes aparatos institucionales en materia de prevención o los múltiples efectos que tiene el mercado internacional de droga. El éxito de este traslado depende de la capacidad de análisis que podamos provocar dentro de ese espacio -la cuestión del estado de la cuestión-. Nuestro objetivo para este trabajo será, entonces, identificar quién es el ama de llaves dentro de la realidad de las drogodependencias y

3 Si tenemos en cuenta la explosión reivindicativa sucedida en Madrid en Mayo de 2011 e intentamos simplificarla en base a las reivindicaciones que desde La Puerta del Sol se lanzaron, la cuestión de la participación ciudadana y la capacidad de influir de la población en la Política/las políticas ha sido una de las más visibilizadas. Este grito/petición/exigencia evidencia, una vez más, la sensación de bloqueo que siente la gente a la hora de participar (de forma activa y no clientelar) en cualquier cuestión social-política.

4 Es en este caso otro Ibáñez, Francisco, el que nos muestra lo que es el teatro de la vida contextualizándolo en un edificio de pisos. En 13 Rue del Percebe se nos ofrece todo un repertorio de imágenes sociales, basadas en el juego que ofrece el estereotipo, descubiertas mediante la eliminación de una de las paredes del bloque de vecinos: un okupa, inspirado en el dibujante Vázquez, que vive de engañar al resto y que sobrevive quitándose de encima a los acreedores-primos a los que les sonsaca la “tela”, una sobreprotectora de los animales, una pareja que vive de lo que apanda el caco, una madre con tres hijos a los que no puede controlar, un científico loco cuyos monstruos lo que menos dan es miedo, una casera que aprieta a sus huéspedes para sacar más beneficio, un tendero que truca la balanza para sacar más por menos, una portera que no se entera de nada y un señor que vive en una alcantarilla. Con esos personajes, delimitados a un espacio, Ibáñez nos muestra una visión, intencionalmente deformada, de la vida de cada uno de ellos y nosotros, a través de esos ejemplos, nos cuestionamos cuánto de lo que se expresa en esas páginas existe en la vida real que inspira al dibujante.

comprender cómo organiza el funcionamiento de la casa-escaparate que es el estado de la cuestión de las drogodependencias.

2.2. La cuestión del estado de la cuestión: los discursos de la droga y los discursos sobre la droga.

“En general, el discurso de la droga está controlado por el discurso sobre la droga. Entrar en la droga es dejarse capturar por uno de los discursos sobre la droga”.

IBÁÑEZ, J., 1993: 128.

“Romper los automatismos verbales no es crear artificialmente una diferencia distinguida que mantenga a distancia al profano; es romper con la filosofía social que se halla en el discurso espontáneo. Poner una palabra en lugar de otra supone a menudo efectuar un cambio epistemológico decisivo (que corre el riesgo, por lo demás, de pasar desapercibido)”.

BOURDIEU, P., 2000: 39.

Si hay que marcar un lugar donde se encuadra de forma radical el objeto del estado de la cuestión -de una realidad problemática- podemos decir sin temor a equivocarnos que es en el propio sujeto investigador que se detiene ante ella, pues si no fuera así no se detendría. Es en el terreno individual donde comienza a fraguarse la problematización de una realidad y es desde este espacio desde donde el investigador se proyecta sobre “lo vivo” para poner a prueba dicha visión en conflicto: entre actores, realidades, discursos, intereses, definiciones... Por este motivo, se hace necesario visibilizar los lugares por los que hemos discurrido en nuestra tarea de moldear un estado de la cuestión tal y como lo percibimos (como sujeto observador y participante). Como sociólogos podemos plantearnos el problema de las drogodependencias desde *N* ámbitos y *X* puntos, pero lo que realmente nos interesa es saber cómo se produce la drogodependencia dentro del juego de la interacción social. Es decir, cómo se define un hecho y cómo es usada una(s) definición(es) por una serie de actores en un espacio social acotado.

Partimos de una óptica que entiende la Realidad como un proceso de construcción colectiva constante. Por ello, nuestro análisis se estructura a partir de la necesidad de reconocer la realidad como un conjunto de discursos (identidades, objetos, palabras, repertorios...información) que son aceptados y/o rechazados en la interacción social por actores sociales, tanto a nivel micro (personas) como a nivel macro (organizaciones). Si

aceptamos la premisa de que el hecho más amplio está contenido dentro de cada particularidad (BATJIN, M. en LOURAU, R., 2001: 71) y que esas partes (atomizadas pero conectadas entre sí) conforman dicha totalidad, nuestro enfoque está obligado a estructurarse desde un punto que acepte la complejidad como rasgo fundamental sobre el que construir cualquier aproximación social; en especial si se trata de la droga entendida como <<analizador social>> (IBÁÑEZ, J. en VV.AA, 1993: 134). Por esta razón nos interesa el ámbito de las drogodependencias, porque es en los límites o en aquello que se entiende como márgenes de la sociedad donde se hacen más visibles los elementos que nutren y sostienen la definición de una cuestión y los mecanismos y dispositivos generadores de aceptación de y en ese estado.

Una vez centrados en el tema seleccionado para poner a prueba nuestras primeras conjeturas, el principal rasgo encontrado durante el tiempo dedicado a esta investigación es un relativo raptó o ensimismamiento del asunto en cuestión. Creemos que treinta años después de la aparición de la droga como problema epidemiológico y sanitario (GONZÁLEZ de AUDICANA en VV. AA., 1993: 100), lo que se produce es la contención del universo de la droga por un discurso que se erige como lectura dominante o hegemónica (la droga como problema). Una operación que, creemos, provoca que el fenómeno se reproduzca, precisamente, dentro de esos esquemas interpretativos.

Aunque el área de trabajo y el alcance de cada ámbito difieren según el nivel al que atendamos, creemos poder aislar una constante común en cada uno de ellos que nos permite leer cada elaboración como parte -dependiente- y unidad -autónoma- de una sola entidad; como si de una *matrioska* se tratase. De esta manera y a pesar de partir de un análisis anclado en el ámbito local, intuimos que este fenómeno se re-produce a escala nacional e internacional⁵ en los mismos términos que las diferentes experiencias exploradas. Esta amplitud de miras a la hora de definir hipótesis y aventurar tendencias se produce tras la lectura de las principales fuentes de referencia dentro del campo en el que se sitúa

5 Como se puede ver en el marco normativo al que se adscribe el IA, encontramos documentos de carácter internacional, como la Estrategia Europea en materia de lucha contra la droga, que dan forma, al menos jurídicamente, a la visión formal que contiene al fenómeno dentro de su marco. O la Carta de Ottawa, que propone cinco estrategias fundamentales para "la práctica y desarrollo de la política de promoción de la salud". (IA, 2009: 56).

nuestro proyecto y que nos han servido para definir el estado de la cuestión: la respuesta institucional a un problema social y su marco de trabajo.

Tanto en la elaboración teórica (aprehensión del fenómeno) como en ejecución práctica (aplicación de un protocolo) que las diferentes organizaciones elaboran, lo que encontramos son una serie de conexiones entre estas dos partes que generan una serie de lineamientos en torno a la respuesta históricamente consolidada que justifican y asientan -dan forma- aquello que se dice y hace. Realmente con esto que decimos no pretendemos ni sancionar ni tirar por tierra todo el esfuerzo que desde los aparatos institucionales, y a través de sus profesionales, se está llevando a cabo desde que se pusieran a trabajar sobre el asunto hace ya algunas décadas. Esta insistencia se debe a la necesidad de generar nuevas respuestas que posibiliten seguir mejorando los esfuerzos desarrollados en términos de “intervención” social, al mismo tiempo que promovemos nuevos debates ante la constatación de escenarios emergentes o situaciones crónicas de consumo. La razón que nos empuja a esto se debe a que pensamos que la respuesta política adoptada hizo que el propio fenómeno se desarrollase de la forma en la cual se ha sucedido y no de otra. De ahí que tras recorrer un determinado camino -la apuesta política-, durante un determinado tiempo, urge hacer balance de la práctica realizada. Pero con ello no decimos que no se haga (MARTIN GONZÁLEZ, E. en GARCÍA-RODRÍGUEZ, J. A., LÓPEZ SÁNCHEZ, C., 1998: 208).

Las instituciones, entendidas como organizaciones formales, cristalizadas, visibles en el cuerpo social, poseen una inteligencia propia, un *savoir faire* o *know how*⁶, que les permite conocer múltiples detalles acerca de su funcionamiento: diseño, implementación, impacto... Una amalgama de datos y registros que permiten a la Institución (entendida como lugar donde se encuentran profesionales, recursos y usuarios) trabajar sobre su propio itinerario construido a partir de la sedimentación de la práctica desarrollada con anterioridad. Sin embargo ese autoanálisis contiene un sesgo que, visto desde fuera como agente externo a ésta, marca todo el trabajo realizado tanto en la producción de datos como en la

6 Los documentos como los informes de Calidad que la propia institución genera, nos dicen y atestiguan como ésta tiene dentro de sus propios objetivos específicos, saber cómo está funcionando y cómo seguir funcionando: recursos implicados, límites de su práctica, retos a cumplir, objetivos alcanzados.... Esto nos es útil porque nos sirve para comprender la imagen que tiene de sí misma y entender la reflexión-proceso que se produce en su interior (en las diferentes reuniones departamentales, por ejemplo), presentando una lectura de su propio trabajo que justifica y naturaliza su existencia (status/función social) a partir de la naturalización de las clasificaciones sociales que emplea.

implementación de los programas que evalúan: la institución propuesta para dar un servicio a una población con un problema específico desliza el foco de atención hacia el estudio su propio funcionamiento en ese espacio concreto. Eso hace que el interés pase, por ejemplo, de la “satisfacción” del usuario del servicio hacia la “calidad” del propio servicio desempeñado; pero no en términos de cuestionamiento de su propio rol (*¿cómo lo estamos haciendo?*), sino en redundar sobre el propio discurso emitido (*como lo estamos haciendo*). Esto deja fuera del marco de discusión su propio papel dentro del escenario en el que se sitúa y nos sitúa.

De ahí el interés de estudiar el discurso hegemónico. Cuando acudimos a textos oficiales a informarnos acerca del estado de las drogodependencias lo que encontramos es una constante **autorreferencialidad**⁷: el fenómeno que ella define -la droga es- provoca que dicho fenómeno se produzca de la manera en que ésta lo define: la droga es aquello que digo que es⁸. Esta tautología, o bucle que manda la primera parte -causa- a la segunda -efecto- y viceversa, provoca que toda concepción que se aparte de la definición/flujo principal quede relegada a un segundo puesto, posicionándose a partir del rol que le otorga el actor dominante; habitualmente como elemento de contraste o reactivo. La clave de esto radica en que es la propia institución el personaje principal del fenómeno de intervención en drogodependencias. Esto que decimos, y que sostenemos en nuestra investigación, se debe a que a pesar de que los verdaderos protagonistas de este proceso son los drogodependientes⁹, éstos quedan definidos como, y reducidos a, usuarios de un servicio. Esta operación termina por redefinir al sujeto, en mayor o menor medida, como el objeto/superficie sobre el cual aplicar un procedimiento, obtener unos resultados y realizar un registro de las acciones desarrolladas.

7 Hacia lo que ellos hacen y a su papel dentro de un Discurso al que dan forma y del que surgen.

8 Solamente recordar la profecía autocumplida, *self fulfilling prophecy*, de Thomas: “*si los individuos definen las situaciones como reales, son reales en sus consecuencias*”. (MERTON, R. K., 1964: 419-434).

9 Aunque estén en el centro del objeto de la labor de la institución y sus acciones, los drogodependientes habitualmente suelen ser participantes pasivos (espectadores) del proceso en el que se embarcan. Por otro lado, una precaución: aunque les consideremos como los Protagonistas, hemos de decir que no son los únicos actores pues sabemos que el fenómeno de las drogas involucra más elementos que los consumidos abusivos. Subrayar su protagonismo se centra en que son ellos los que justifican la existencia de esos mismos Servicios. Por esta razón a la hora de hablar de protagonismos y de actores hemos de tener en mente el tipo de acción, el grado de implicación y desde dónde surgen las propuestas de trabajo: si alguien no lo siente como propio o beneficioso para él, ¿de qué manera podemos conseguir su compromiso?

Evidentemente, no creemos que esto se produzca al nivel humano o relacional entre profesionales y usuarios (de forma consciente o intencional), pero creemos que en el plano ideológico sí puede existir o subyacer, tras esa repuesta institucional, una lógica de dominación y legitimación. Cuando mencionamos el plano ideológico, nos referimos a los esquemas cognitivos que descansan y se nutren tanto en los espacios donde los “expertos” deciden las grandes estrategias y anuncian cruzadas sociales contra los males que nos acechan como cuando un “bolero” acepta entrar en el juego del narcotráfico o una persona consume en una fiesta privada. Porque cuando hablamos de drogodependencia, no solamente hablamos de población en exclusión o en riesgo de exclusión, sino que sobre lo que pretendemos incidir es en ese gran proceso de construcción social de la realidad de la drogodependencia y los consumos. Es decir, ¿en qué estado se encuentra la cuestión de la droga?

La cuestión sobre los diferentes discursos sociales que existen en torno a un hecho social -la droga- y la relación que se establece entre ellos -interacción discursiva-, es el terreno donde nos situamos para poder ordenar y comprender de qué forma estos discursos contienen determinados elementos, o trazas, que nos permitan entender de qué manera la sociedad organiza y procesa los diferentes hechos que suceden cotidianamente en su interior: desde un cacheo policial hasta un ajuste de cuentas o un coma etílico. Está claro que hay gente que vive las drogas, otros que viven de las drogas, otros conviven con y contra ellas y otros viven y mueren por ellas... un panorama muy amplio resultado del entrecruzamiento de infinidad de personas, consumos, políticas, historias y experiencias. Sin embargo, nadie es capaz de generar una respuesta definitiva que permita atravesar esa espesa malla (la droga como problema) y arrojar algo de luz a un problema de largo recorrido atascado en la gestión más que en la solución. Quizás para dar esa respuesta primero debamos abordar otras preguntas relacionadas con cuestiones como quién es quien tiene que generar esa respuesta, desde dónde debe surgir, cómo o qué rasgos debe tener esa respuesta o para qué hacerlo de una manera y no de otra.

Otro rasgo detectado o que evidencian ciertas instituciones (como partes visibles encargadas de actuar en representación del orden social) es que toda elaboración social no formal pasa por ser definida según cómo la institución la caracterice (afín, diferente, ajena u opuesta). Al situarse en el centro del vórtice, todo está obligado a pasar por su filtro ideológico; por lo

menos dentro del ámbito público¹⁰ (espacio donde se erige como actor principal y despliega todo su repertorio y conocimiento). Esto provoca una restricción a/de la capacidad de respuesta social ante este fenómeno: hay que pagar un peaje o pasar por el embudo por el que fluye todo esfuerzo en esta materia. En términos de redes, esto se traduce en que un actor -la institución, lo institucionalizado- se convierte en el principal nodo al que se le conectan y del que salen los diferentes hilos/relaciones que conforman dicha red, llegando a sustituir a la propia red. Creemos que la respuesta dominante no es definitiva pues no cumple el principal objetivo por el cual es creada -el no consumo- pero, por otro lado, funciona como tal ya que posee una serie de mecanismos que dan forma a esa respuesta al mismo tiempo que la asientan pues está contenida en un marco interpretativo que ella misma define. Se trata de un fenómeno de **recurrencia** que cierra el círculo que delimita el contexto donde se reproduce -la droga como fenómeno total-.

Esta autorreferencialidad y recurrencia provocan que se im-ponga en el centro del debate la visión dominante, puesto que toda la información hace referencia, directa (conversa y perversamente) o indirectamente (subversa y reversivamente), a dicho cuadro, esquema interpretativo o discurso social. Esto se traduce en una reducción de toda la complejidad a los términos desde los cuales se debe afrontar un fenómeno (y sus efectos) correspondientes con las líneas que se permiten discurrir -*tatema*¹¹-. De esta forma, toda experiencia social que se incardine en este espacio común queda atrapada por las propias definiciones que establecen lo que es el fenómeno; como sucede parcialmente en este trabajo.

Es Jesús Ibáñez (IBÁÑEZ, J. en VV.AA. 1993: 134) el que establece ese escenario al que continuamente hacemos mención. Según él, podemos fijar dos tipos de discursos frente al fenómeno de la droga: el discurso **de** la droga y los discursos **sobre** la droga. El primer discurso, o esquema interpretativo, toma forma a partir de unos efectos biológicos registrados que son respaldados por lo normativo y lo médico. Por otro lado encontramos

10 No en vano, el ámbito privado es el único espacio respetado para el consumo de drogas (ilegales).

11 Término japonés que significa literalmente <<fachada>>. Este concepto hace referencia a la imagen que los japoneses deben mostrar en público, cumplir con aquello que es esperado en una situación. En el lado opuesto encontramos la palabra <<honne>>, aquello que los japoneses realmente piensan sobre un asunto pero que no dicen por respeto a la norma social y honor (<<giri>>). Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/Honne_y_tatema. Consultada el 24 de julio de 2015.

los discursos sobre la droga, marcados no por lo que significan los hechos -la droga como el producto de una relación causa/efecto-, sino por el sentido que los sujetos dan a ese hecho: la droga como una definición social conectada a una realidad concreta o subjetiva. Estas concepciones contrapuestas son fundamentales para revisar el fenómeno de la droga pues, a este nivel, se nos aparece como un espacio en conflicto caracterizado por una serie de actores en pugna por definir cuál es el estado de la cuestión general. De esta manera la Droga, como indicador social e identificado como discurso *sobre* la droga, está sometida a uno de sus discursos, el discurso *de* la droga, que explica lo que es en base a sus efectos a nivel biológico, psicológico y social. Así, lo que se suele decir sobre la droga -discurso *de* la droga- determina aquello que es la Droga -discurso *sobre* la droga o metadiscurso que recoge todas las posiciones discursivas-. Este posicionamiento, que identificamos con el slogan “*Drogas No*”, se convierte en el sustrato desde el que debe partir todo trabajo orientado hacia el fenómeno si no se quiere quedar fuera del juego o marginado.

El fenómeno de la droga, como discurso, tiene repercusiones directas en la vida cotidiana de todos los sujetos que forman parte de una organización estable en el tiempo. Como sujeto individual puedo comprobar, cada día, de qué forma el discurso de y sobre la droga se erige como *background* sobre el cual construir un análisis de cada hecho social relacionado con las drogodependencias: desde la escena en la que un mayor de edad compra alcohol a un menor, el envenenamiento de dos jóvenes por estramonio en una *rave*, las imágenes de una famosa modelo consumiendo cocaína en un privado de una discoteca o deportistas olímpicos pillados *in fraganti* consumiendo cannabis. Pero como sociólogo la mirada se orienta hacia otras cuestiones más profundas que la simple ordenación subjetiva de los fenómenos que nos circundan, pero no sólo. Nuestra mirada, por definición y formación sociológica, se orienta en comprender el fundamento último de una acción social (orientada a): *por qué se hace así* (nivel metodológico), *cómo se hace* (nivel tecnológico) y *para quién y para qué se hace así* (nivel epistemológico) (Ibíd.: 130). Sin duda estas tres cuestiones internas nos obligan a plantear, tal y como lo hacemos, el escenario donde se mueve la gente y nos movemos nosotros.

2.3. De los grandes acuerdos internacionales a los planes municipales concretos. La droga como un asunto en escalas.

¿De qué y de quién depende el éxito en materia de drogodependencias? ¿Dónde se debe centrar la intervención a realizar en materia de drogas? ¿Qué maniobra es la más adecuada para enfrentarse a este problema? ¿Cuáles son los principios que rigen la acción y organizan todo esfuerzo realizado en múltiples niveles? Estas preguntas recogen la complejidad existente a la hora de definir una estrategia adecuada para abordar el problema de la droga. Más aún cuando se toma conciencia de que es un hecho a escala internacional y con repercusiones en lo local, y viceversa. Para responderlas¹² y poder fijar la responsabilidad de la que se apropian ciertos actores y el compromiso que hacen de ello, hemos de aproximarnos a tres ámbitos para marcar las grandes directrices a las cuales se acogen los diferentes organismos locales, municipales, regionales o urbanos en materia de drogodependencias. Esto nos sirve como ventana para poder comprobar de qué manera está tejida la red que encierra dentro de sí misma al fenómeno.

Hemos señalado dos escalas desde donde se produce información sobre el fenómeno: internacional y nacional. Los organismos a los que hemos acudido, de forma mayoritaria, son la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD), el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT)¹³ y el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). El hecho de acudir a textos producidos en estos tres niveles se debe a la necesidad de entender cómo las diferentes instancias, en diferentes estadios, son capaces de coordinarse y compartir ciertos posicionamientos a la hora de entender el problema que tienen entre manos (droga y población) y presentar una visión -desde enfoques hasta protocolos de actuación, toda una red y un marco de trabajo- que sirva como referente frente al problema. Por ello nos acercamos al fenómeno no desde el punto de vista cuantitativo, entendiendo por cuantitativo el registro de cómo y cuánto se produce el fenómeno –prevalencias de consumo, por ejemplo-, sino desde lo cualitativo: en qué términos y mediante qué

12 Algunas podremos hacerlo aquí. Otras, por el contrario, deberán esperar a ser respondidas en otro momento.

13 La Estrategia Europea tiene un carácter horizontal y abarca actuaciones dirigidas a promover la salud pública en las personas que consumen drogas, luchar contra el tráfico de drogas y delitos conexos y promover la cooperación de la Unión Europea ante organizaciones y foros internacionales y en sus relaciones con países y áreas geográficas de todo el mundo. (EPNSD, 2009: 88).

elementos se contiene en un determinado espacio (definición del problema) un hecho social (vivido y construido por sujetos).

Pretendemos captar ese discurso que justifica la existencia de una determinada Institución, o red de organizaciones, con una función social específica -la lucha contra la droga-. Por eso hemos de entender que aunque el estado de la cuestión esté centrado en determinados ámbitos o acciones (reducción de oferta y consumo), concebidas desde una perspectiva que recoge tres niveles de análisis del fenómeno, lo que pretendemos mostrar es la existencia de una apuesta (enfoque técnico-político) que, situándose en el centro de toda actividad, define las formas de uso e intervención sobre la droga.

2.3.1. Principios Orientadores Mundiales:

En el informe mundial sobre drogas de 2009¹⁴, que conmemora los 100 años del comienzo de la fiscalización de las drogas -Shanghái 1909-, la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) reafirma la postura que mantiene en torno a la eficacia y las limitaciones de las políticas sobre drogas concluyendo en su examen que:

Las drogas ilícitas siguen siendo un peligro para la salud de la humanidad. Por ello, las drogas están, y deben seguir estando, fiscalizadas. Habida cuenta de ello, los Estados Miembros confirmaron su apoyo inequívoco a los convenios y convenciones de las Naciones Unidas que han establecido el sistema de fiscalización internacional de drogas”¹⁵.

Una respuesta en bloque que marca hacia donde debe ir encaminada toda política sobre drogas. No obstante, y a pesar de mantenerse firmes en su visión, reconocen la existencia efectos negativos, no deseados, consecuencia de la fiscalización y que es necesario trabajar sobre ellos para mejorar la posición defendida. Para nosotros estos efectos no deseados, producto de una política/apuesta concreta, van más allá de lo inesperado y pensamos que es esa propia política la que genera el actual estado de la cuestión; de ahí nuestra necesidad de fijar la mirada hacia el problema *sobre* la droga y no sólo en el problema *de* la droga. Esta

14 El Informe Mundial sobre las Drogas 2009 ha sido elaborado dentro de la Subdivisión de Análisis de Políticas e Investigación por la Sección de Estadística y Encuestas y la Sección de Estudios y Análisis de Amenazas bajo la supervisión de Sandeep Chawla (director de la Division for Policy Analysis and Public Affairs).

15 El texto seleccionado pertenece al Prefacio de dicho documento y viene firmado por Antonio María Costa, director ejecutivo de la institución.

cuestión se presenta, para ellos, como un murmullo que emerge desde ciertos puntos de la sociedad y están poniendo en entredicho la visión que la propia ONU tiene al respecto:

Últimamente, se han alzado algunas voces, pocas cada vez más entre los políticos, los medios de difusión y hasta la opinión pública, que afirman que la fiscalización de drogas no está dando resultados. La potencia de esas voces sigue aumentando y el mensaje se está extendiendo. (UNODC, 2009: 1).

Esto nos da a entender que son conscientes de la existencia de un debate social¹⁶ donde una parte de la población se cuestiona la idoneidad del enfoque defendido desde la ONU y el puntal de la fiscalización. Ante esa diversidad de planteamientos, en un escenario marcado por, según ellos, las generalizaciones y soluciones simplistas, visibilizan su postura en tres aspectos para clarificar su posición frente al debate sobre la despenalización: el argumento económico (legalizar las drogas para obtener ingresos) no es suficientemente válido ya que la amenaza que supone para la salud (epidemia) está por encima de esa necesidad y se hace necesario aunar esfuerzos para dar una respuesta clara en materia de seguridad (ya que no todos los países tienen los recursos para generar una costosa red de tratamiento). Este debate no tiene cabida desde el principio ya que

"las drogas no son dañinas porque se fiscalicen, se fiscalizan porque son nocivas (...) y si comenzamos a hacer concesiones respecto de ella, terminaremos violando los derechos humanos de algunos. No puede haber intercambios, ni quid pro quo cuando la salud y la seguridad están en juego: la sociedad debe, y puede, proteger ambos bienes con determinación absoluta. (Ibíd.: 2).

Por otro lado es necesario combinar una serie de políticas que diferencie entre los delincuentes y los consumidores de drogas. De esta manera se abre la posibilidad de afrontar el fenómeno de la drogadicción como un problema de salud: *"las personas que consumen drogas necesitan ayuda médica, no ser castigados como delincuentes"* (Ibíd.: 2). Esto implica garantizar un acceso universal al tratamiento de drogodependencias y frenar, por otro lado y complementariamente, el problema delictivo que sangra, en lo concreto a las ciudades/ciudadanos, producto de mafias y cárteles, en un contexto internacional. Si antes se reconocía simplemente como un fenómeno con repercusiones en lo delictivo, ahora se

16 Pero para ellos, ese debate social no se presenta como tal (debate), sino que lo asumen desde el punto de vista de la necesidad de evaluar la eficacia del enfoque. Eso quiere decir que el debate no debe plantearse en los términos que reclama parte de la población, sino que es considerado como un elemento corrector (a tener en cuenta o no) de ciertos aspectos de la postura que esgrimen -autorreferencialidad-.

reconoce como un fenómeno que salpica a la salud de las poblaciones y que necesita el esfuerzo de la esfera científica como apoyo complementario a la labor ya puesta en marcha. Esta carta de presentación culmina con la necesidad de una doble negación:

Ya no basta con decir: no a las drogas. Ahora debemos afirmar con la misma vehemencia: no a la delincuencia (...) No queda más opción que mejorar tanto la seguridad como la salud” (Ibíd.: 3).

De esta manera estas dos cuestiones -salud y seguridad-, objetivos a alcanzar por los Estados miembros, quedan ligadas entre sí no ya como una declaración de intenciones, sino como una reafirmación de lo que se ha hecho y se está haciendo.

¿De qué manera o cómo? Este documento ofrece una amplia gama de tablas y estadísticas donde se hace una aproximación¹⁷ de los consumos, prevalencias¹⁸ de los consumos, precios, superficie destinada al cultivo de las diferentes drogas ilícitas... que como marco para conocer la distribución de la droga (como mercancía) según países y continentes puede ser excelente, pero para aquel que pretende ahondar en las elaboraciones que asientan la intervención social en la práctica puede que no le sirvan más allá de la propia caracterización que se presenta (como refuerzo de la postura defendida). No obstante, no es un hecho que se produzca únicamente en los informes de la ONUDC. La mayoría de los documentos de instituciones y organismos oficiales a los que hemos acudido, en nuestra labor de caracterización -institucional- del fenómeno, están concebidos para ser un muestrario de formas de producción y consumo de droga. A pesar de servirnos como galería para asomarnos al fenómeno a nivel mundial, no nos son útiles para el espacio donde fijamos nuestro foco: la implementación de un servicio de prevención/asistencia/reinserción en una población específica y las implicaciones sociales, o al menos sociológicas, que ello conlleva. Vemos páginas donde se agolpan números, agrupados en filas y columnas, sin llegar a

17 Hemos de decir que la propia ONUDC es consciente de los límites que ha encontrado a la hora de realizar el informe. Cuestiones como la medida en la que se notifican las interceptaciones de droga (unos en litros otros en kilos), la necesidad de prestar atención a la hora de extrapolar los datos, la fuente de los datos utilizados y la regularidad con la que hacen el registro de la atención que prestan...aparecen en el apartado metodológico (ONUDC, 2009: 287) donde se exhorta, a modo de conclusión, a mejorar, a nivel mundial, la recogida y estudio de datos para adoptar mejores políticas y más eficaces: “Las estimaciones de alcance mundial que figuran en el presente informe indican órdenes de magnitud probables y no son estadísticas precisas sobre la prevalencia y evolución del consumo de drogas en todo el mundo. Se podrán elaborar rangos de fluctuación más precisos cuando un mayor número de países facilite estimaciones basadas en métodos científicos rigurosos.” (ONUDC, 2009: 300).

18 Número de personas que han utilizado una droga al menos una vez durante el año anterior.

transmitirnos información que nos interese. Cifras inertes en nuestra pantalla¹⁹. Más que un estudio en profundidad del problema lo que nos parece estar viendo es un registro de la práctica orientada a la exploración y delimitación cuantitativa de un fenómeno. Por eso debemos superar la necesidad de reflejar el discurso dominante en valores numéricos y apostar por una mirada que se centre en los aspectos cualitativos que subyacen en y caracterizan la forma de aplicar una política. ¿Qué visión tienen los profesionales de la actividad que desempeñan?, ¿cómo se sienten los “usuarios” de los servicios?, ¿cómo se vive y cómo vive la población el fenómeno de las drogodependencias desde la producción al consumo?, ¿existen alternativas o discrepancias a aquello que se dice que hay que hacer?

2.3.2. Marco europeo de trabajo:

El fenómeno de cuello de botella, o embudo, es un hecho omnipresente en el amplio territorio de las drogas y describe, de una forma visual, el papel que tiene la población (y los sujetos que la forman) a la hora de actuar en este escenario y este asunto: desde los filtros por los que pasan las diferentes sustancias que se cultivan hasta que llegan al consumidor (con su inevitable adulteración en el proceso), hasta los recursos disponibles para la atención de la población dependiente o usuarios de recursos institucionales (en este caso consumidores de servicios). Según nos movemos hacia el cuello de la botella vemos que el discurso elaborado/presentado va cambiando progresivamente de registro pero sigue constante en su posicionamiento. Si desde los organismos internacionales lo que se realiza es aglutinar experiencias comunes en contextos diferentes, cuando acudimos a los textos que emite el Observatorio Europeo comprobamos que los ejes temáticos que se lanzan a nivel internacional se van cerrando y concretando en unas posiciones más concretas. Entramos en un espacio más próximo a la aplicación de esas políticas de seguridad y salud.

19 Somos conscientes de la posibilidad que se nos diga que no es cuestión de los datos, sino de la capacidad del que se enfrenta a ellos para discutirlos. Hay que aclarar que nuestro interés se encuentra en otro punto, de ahí que nos sirvamos de otros elementos para delimitar el radio de acción en el que nos moveremos. Más aún cuando ellos mismos reconocen las limitaciones para acceder a una información sistemática para describir los mercados y tráfico de drogas (OEDT, 2010: 11). No obstante, los datos consultados nos sirven como ejemplo idóneo para comprender la magnitud y la dimensión del fenómeno.

Ya en la presentación del informe *“El problema de la droga en Europa”*, de la OEDT en 2010, queda clara la postura -europea- desde la que parten para comprender el fenómeno y la motivación que les impulsa a hacer aquello que están haciendo: *“el informe está animado por la necesidad de identificar y compartir las mejores prácticas y de garantizar que las intervenciones con base científica reciben el debido apoyo”* (OEDT, 2010: 4). Esta frase refleja la doble actividad -complementarias y retroalimentadas entre sí- por la que se caracterizan las organizaciones encargadas de una respuesta política a la sociedad. Por un lado, la necesidad de visibilizar que se está trabajando sobre el tejido social (acciones evaluadas y refrendadas mediante mecanismos como la Calidad); y por otro lado se pone de manifiesto la necesidad de implementar herramientas científicas (enfoque biopsicosocial) como piezas fundamentales a la hora de guiar toda actividad enfocada hacia el problema de las drogodependencias. Un conjunto de prácticas y saberes entrelazados que consolidan y aseguran la labor de la extensa red asistencial en un contexto dinámico que necesita respuestas políticas a la altura de la situación: *“El mensaje positivo de este informe es que Europa está mejorando su capacidad para seguir la pista a este fenómeno en rápida evolución”* (Ibíd.: 6). Más aún, como reconocen, en un momento de crisis donde la alta desocupación juvenil puede ser un factor de riesgo que aumente el consumo de drogas y daños colaterales asociados como la delincuencia (Ibíd.:15). Como vemos, la cuestión del riesgo social está presente en el escenario que dibuja la OEDT en torno a la cuestión del impacto de la drogodependencia en la sociedad.

Acercarnos a lo que dice la OEDT nos interesa porque se trata de un observatorio de la Unión Europea creado, *ex profeso*, para comprender qué está pasando en materia de consumos de droga en los diversos países integrantes de la UE. El Tratado de Lisboa, de 2009, supuso en este terreno una mayor implicación del organismo central europeo a la hora de proponer directrices, indicadores y sentar un espacio para el intercambio de buenas prácticas en lucha contra la droga (Ibíd.:15). Entendemos, por lo tanto, que es un elemento que aglutina y evalúa multitud experiencias prácticas obtenidas a través de las fuentes nacionales de información disponibles, y que hacen de este organismo una fuente de referencia para nuestro objetivo: ver en qué términos están contenidos los diferentes consumos de sustancias ilegales, legales y conductas adictivas y ver cómo se posicionan las instituciones en su tarea de solucionar el problema.

El modelo de política europea en materia de drogas se caracteriza por ser un enfoque común donde cada país posee una estrategia propia apoyada por un plan de acción con objetivos concretos y un horizonte temporal definido. Y aunque se trate de un modelo de política racional puesto que permite modificar las políticas cuando pierden su rumbo, cada vez son menos los países que pueden contar con una estrategia nacional válida. Esto se debe, argumentan, a la diversidad que posee cada país a la hora de evaluar las políticas puestas en marcha. Por ello marcan la necesidad de trabajar en una mejor planificación que sirva para que esta perspectiva -el marco común europeo- se convierta en un marco adecuado de reglamentación y control (Ibíd.: 15-16). Una preocupación que se recoge a nivel internacional pero que las experiencias nacionales concretas, como es el caso de España, conocen desde hace tiempo y se esfuerzan en mejorar. Ya a finales del siglo pasado, responsables del PNSD recogían esta realidad: *“si tuviéramos que definir de forma más concreta la apuesta, ¿cómo lo haríamos? (...) Podemos y tenemos la obligación de definir prioridades y las asignaciones presupuestarias correspondientes, emitir criterios orientadores y articular algunas iniciativas que actúen como referentes o modelos de intervención”* (VV.AA., 1993: 208)²⁰. Criterios, ideas, objetivos, iniciativas y prácticas que se entrecruzan en los diferentes ámbitos de comprensión del problema de la droga.

Dentro de esa diversidad de prácticas y recursos de los que disponen los países, el Observatorio marca ciertos aspectos que despuntan sobre otros y se ofrecen como pistas sobre los mínimos que deben asumir la totalidad de los miembros. Este informe y este observatorio son la justificación de la necesidad de generar respuestas -marco normativo común- que respondan a los cambios constantes que experimenta el fenómeno de la droga en el contexto europeo; un paso fundamental a la hora de reforzar ese enfoque conjunto o *“mensaje único”* (GARCÍA-RODRÍGUEZ, J. A., LÓPEZ SÁNCHEZ, C., 1998: 349), que desde las Administraciones e instituciones se reclama. De nuevo se vuelve a enfocar la problemática desde el impacto que la droga, según el tipo de sustancia, tiene en el conjunto europeo: el cannabis como droga más consumida, el complejo mercado de las drogas estimulantes como la cocaína o anfetamina (puntos de entrada de la droga, laboratorios de extracción

20 Fragmento correspondiente al artículo “La prevención en España Hoy: diez propuestas de consenso”, de Emiliano Martín González, subdirector general, en ese momento, del PNSD y miembro del Consejo Asesor del Observatorio Español sobre Drogas (OED).

secundaria, servicios de tratamiento), prevalencia de consumos de opiáceos y tratamiento de esos consumidores (población carcelaria y enfermedades infecciosas incluidas), drogas psicotrópicas “legales” (aminoindanos, mefedrona, *Spice*, *legal highs*...), sustancias sintéticas como nuevos nichos para la delincuencia organizada²¹ y la amenaza potencial que suponen los medicamentos (uso indebido de medicamentos prescritos, medicamentos falsificados o medicamentos manipulados). Espacios concretos y definidos, tipos de drogas y consumos asociados, sobre los que seguir trabajando.

Este texto recoge la respuesta y los resultados de esos **enfoques jurídicos** basados “*en la aplicación de una amplia serie de disposiciones legales, sustentados en sistemas de clasificación de las drogas y basados en el criterio discrecional de la fiscalía y la judicatura*” (Ibíd.: 23). Esta frase sintetiza ese discurso constante que encontramos en la totalidad de los textos generados a partir de la labor de organismos internacionales, instituciones supranacionales, Gobiernos, administraciones locales y agentes sociales. Y a pesar de ocupar poco espacio en los informes, es la letra pequeña que hace que cambie todo el sentido del trabajo realizado por los profesionales y no profesionales en materia de drogas. Es evidente que la sociedad cerró filas en torno a este problema hace años y a pesar de ciertas prácticas, novedosas y no tan novedosas, que van más allá de las elaboraciones dominantes, es una constante encontrarnos con esa respuesta “*técnico-política*” definida por la necesidad de los Gobiernos de dar/generar una respuesta para/a la población y una práctica profesional centrada en dar un servicio de Calidad (GARCÍA-RODRÍGUEZ, J. A., LÓPEZ SÁNCHEZ, C., (coords.), 1998: 342).

Como venimos observando, nos resulta “indiferente” mirar en diferentes contextos ya que lo que encontramos es, precisamente, ese enfoque repetido²² en diferentes dimensiones. Cada una de las partes genera y reproduce el discurso que forma cada una de las partes y de la que ella misma toma parte. Por eso seccionamos ciertas partes de la totalidad del conjunto: para ver de qué manera se repiten ciertos elementos (pulso) en diversos espacios para intentar centrar el discurso que elaboran y comprender cuál es el estado de la cuestión que

²¹ “Es difícil de predecir hasta qué punto las nuevas drogas sintéticas llegarán a constituir una parte importante del futuro mercado de drogas ilegales en Europa” (OEDT, 2010: 21).

²² Nos interesa la droga como fenómeno estadístico, donde las estadísticas son una parte del armazón que construye esa imagen del hecho como tal.

nos proponen²³. En cierta medida recorreremos un canal bidireccional donde la práctica profesional y la decisión política se retroalimentan a la hora de mantener esa respuesta única o unificada ante el problema en cuestión (la droga como problema). Esos puntos donde se encuentran, y cristalizan, son aspectos como la Prevención, el Tratamiento, la Reducción del Daño y la Reinserción Social; pilares maestros que sustentan toda respuesta que surge desde las diferentes Administraciones, u organizaciones, encargadas de ello. Sigamos descendiendo niveles para saber qué se nos dice al respecto desde el ámbito nacional.

2.3.3. La trayectoria nacional:

“Desde hace más de una década, España cuenta con un número importante, variado y fiable de sistemas de información e investigaciones diversas que facilitan datos sobre multitud de aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias: prevalencias de consumo y perfil de los consumidores; actitudes y percepciones de diversos sectores sociales; número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia; morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas; actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social, así como aquellas otras relacionadas con la intervención judicial y policial en el ámbito del control de la oferta”.

EPNSD, 2009: 31.

Hace más de 20 años de la puesta en funcionamiento del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). Desde entonces se ha convertido en el referente estatal²⁴. Una plataforma sobre la que trabajar frente al problema de las drogodependencias que golpeaba desde hacía más de diez años a la sociedad española. Su labor, desde entonces, ha ido a más. Del perfil mayoritario con el que se encontraron, donde la heroína era la principal sustancia problemática, hasta la actualidad donde se habla de uso recreativo de drogas (EPNSD, 2000: 20-21). Un cambio en las formas de consumo de la sociedad española, sobre todo en

23 Creemos que este hecho se produce debido a una cuestión de autosimilitud, inherente al Poder (como forma de relación de relaciones sociales), que denota una cierta naturaleza fractal en su concretización en la realidad. La política sobre drogas se hace mientras se firman tratados, se realizan intervenciones ambulatorias o se sanciona a una persona por consumir en la calle.

24 Sirva como ejemplo el Plan Municipal Contra las Drogas de Madrid que, tres años después del nacimiento del PNSD, en 1988, fue aprobado por consenso -político- en la cámara madrileña.

términos de normalización²⁵ (EPNSD, 2009: 33), que ha obligado a generar un marco de trabajo basado en el registro de todo tipo de datos²⁶. Por ello surge el PNSD con una doble faceta. Por una parte como elemento productor de información: principalmente a través de encuestas domiciliarias de alcohol y drogas (EDADES) y Estatales Sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Y, además, se posiciona como un espacio centralizador de la información generada: Planes Autonómicos sobre Drogas, Ministerios, Fuerzas del Estado, Fiscalía Especial Antidroga y, en los últimos años, Administraciones locales. Una característica que se repite tanto en la UNODC y la OEDT.

De esta manera, periódicamente, ofrecen datos del estado del estado de la cuestión. Por ejemplo, respecto a los consumos (1) señalar ciertos aspectos que han cambiado: progresiva reducción de usuarios con consumo parenteral pero con una problemática asociada de VIH y hepatitis, un ligero descenso del consumo de cannabis, cocaína, tabaco y alcohol. A pesar de estos datos esperanzadores, se insta a seguir trabajando puesto que la (2) incidencia de estos consumos sobre la salud y la sociedad tiene efectos visibles: conductas adictivas, sobredosis, enfermedades por prácticas de consumo o asociadas al consumo (neoplásicas, cardiovasculares, hepáticas, mentales y neurológicas) o incapacitaciones permanentes (derivados del par alcohol/conducción) y temporales (bajo rendimiento laboral) (Ibíd. 36-38). Sobre el tráfico de drogas, España se sigue caracterizando por ser un país receptor de droga ya que por su posición geográfica se trata de una puerta de entrada de sustancias desde América y África y debe tenerse en cuenta porque la cantidad de droga decomisada puede

25 Aquí normalización hace referencia a la relación (de consumo) que establecen los usuarios de estas sustancias. Subrayan, y subrayamos, este hecho porque desde esta Estrategia constatan que los hábitos de consumo de los jóvenes han cambiado radicalmente frente a la etapa anterior. El consumo actual no parece ser tan conflictivo, sobre todo a nivel social, porque se inscriben dentro de la vida normal y no interfieren en los espacios cotidianos de interacción: familia, amigos, trabajo, escuela... por lo tanto se produce un reducción de conflicto social (clase/edad) mientras que aumenta el problema social de la drogodependencia (como conducta social de riesgo).

26 Podemos plantear dos apartados donde agrupar la mayoría de los datos producidos por los diferentes organismos dedicados a ello: el primero (1) hace referencia a aspectos relacionados con la venta/compra/consumo y el segundo (2) a cuestiones relacionadas con la intervención social aplicada (usuarios/población diana). Una lectura que contiene al fenómeno dentro de la propia mirada del que observa. Un panorama que limita el campo de visión en base a estos dos puntos de referencia: por un lado, los aspectos económicos puros y por otro los aspectos económicos de una práctica institucional sobre la población. Esta cuestión es de gran relevancia porque pensamos que esta forma concreta de presentar la “cosa en juego” forma parte de la estrategia del discurso dominante de mantenerse como tal que, a la vez, mantiene al fenómeno en las coordenadas que da.

desdibujar la realidad de los consumos y del mercado de droga en España. Un mapa que nos dice, a grandes rasgos, los hechos más representativos de la “realidad” española.

En su renovada Estrategia para 2009-2016²⁷, de la que se hace mención en el OEDT (OEDT, 2010: 25), refuerzan su intención de seguir siendo “un marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones sociales” (EPNSD, 2009: 23). Nos ofrecen principios rectores, objetivos generales (reducir, potenciar, optimizar, promover), anclajes y soportes para la mejora de la coordinación (interior y exterior)... un espacio para observar sobre qué aspectos se incide, y reincide, a la hora de asentar el marco de referencia desde el que se entiende el problema y los espacios que se consideran fundamentales para poner en práctica aquello que proponen. Un documento que refrenda **la apuesta** realizada hace más de veinte años a través de los avances realizados a nivel de prevención, asistencia, (re)inserción y lucha contra el narcotráfico. Una prueba de que las instituciones tienen memoria y se mueven bajo una racionalidad.

De nuevo, nos surge la preocupación sobre la conexión existente entre los diferentes niveles que hemos seleccionado para ilustrar el escenario de trabajo y (la reciprocidad en) los fundamentos que descansan en cada uno de esos niveles. En sintonía con lo mundial, lo europeo y la propia trayectoria descrita (EPNSD, 2000: 27-80), el PNSD insiste en poner en el centro **la evidencia científica** como palanca que defina, priorice y desarrolle intervenciones dentro de un espacio común (la prevención) regido por la intersectorialidad (multifactorial y multidisciplinar); en palabras del anterior Subdirector General del PSND: *“la concepción, teoría o modelo de la drogodependencia no puede ser hoy otra que la caracterizada por ser multidimensional, multideterminada y sistémica”* (VV.AA., 1993: 49). Eso implica promocionar la cooperación y la coordinación con la intención de garantizar una equidad e igualdad de acceso a los diferentes recursos y programas creados (red asistencial). Se apuesta por la participación social pero entendiéndola como una tarea de sensibilización de la sociedad y motivación e implicación de esos sectores más vulnerables (EPNSD, 2009: 45), lo que nos da a entender a la población (y su participación) como un agente pasivo, incapaz

27 La “Estrategia Nacional sobre Drogas” fue aprobada por el Consejo de Ministros el 17 de Diciembre de 1999 (Real Decreto 1911/99) y fue elaborada en colaboración con los diferentes Planes Autonómicos de drogas, instituciones públicas y privadas y la propia Delegación de Gobierno. Firmado por Jaime Mayor Oreja, Ministro de Interior en aquel momento, se define como *“hito en la respuesta institucional en nuestro país al fenómeno de las drogas”*. (EPNSD, 2000: 3)

de poner en marcha de forma autónoma soluciones reales y adaptadas a la especificidad de cada problemática. Sin embargo, según bajamos a lo local, vamos comprobando que, progresivamente, aumenta el papel protagonista que tiene la sociedad civil como punto de apoyo de prácticas y políticas.

Estos principios rectores van orientados hacia la consecución de ciertos objetivos que es necesario seguir cumpliendo o asentándolos en su ineludible tarea para con la sociedad: la concienciación-participación social en los daños y costes personales y sociales que tiene la droga, aumentar las capacidades de los individuos a resistir al consumo, retrasar la edad de iniciación, disminuir los consumos de drogas (legales e ilegales), garantizar un servicio de calidad y adaptado a las demandas, facilitar la incorporación de las personas en rehabilitación a través de programas de formación e inserción laboral, mejorar la eficacia de políticas de control de los mercados ilegales y aumentar los mecanismos de control económico del blanqueo de dinero, mejorar la formación de profesionales y voluntarios, incrementar y mejorar la investigación, potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones y, por último, optimizar la coordinación y cooperación, tanto en el marco del Estado español como en el marco europeo e internacional. (Ibíd.: 46-47).

Tanto principios como objetivos marcan una línea de trabajo donde sujeto/sociedad son ese espacio donde la práctica profesional, respaldada por la visión política, incide y trabaja para, a partir de su *modus operandi* (científico y contrastado), reforzar el discurso político que mantiene el estado de la cuestión dentro del terreno delimitado por ellos (reproducido por y diseminado en). Toda una compleja red tejida a varios niveles que se traduce en una repuesta en bloque a un problema social.

3. MARCO DE REFERENCIA:

3.1. ¿Por qué y Para qué centrarnos en un espacio concreto?

Siempre conscientes de la profundidad del lago en el que nos sumergimos (MANJÓN, A.: 2012), se hace necesario plantear nuestro movimiento dentro de una superficie delimitada para poder centrar, así, el foco de nuestro interés en ciertos espacios abarcables o secciones. No es que no queramos conocer todo, o ser rigurosos, sino que vemos que el/la investigador/a que se propone trabajar en este área de investigación sufre una saturación de elementos, o sobreinformación, que forman y conforman esta realidad cuando se propone hacer un estudio de forma poco estructurada. Esto nos ha obligado a destinar gran parte de nuestro tiempo a dar respuestas a las cuestiones *dónde investigar y qué investigar*. El noqueo sufrido durante el desarrollo de esta investigación refleja esa desorientación, propia del mundo pugilístico, que se siente a la hora de enfrentarte a algo que te supera en tamaño y que te bombardea sin cesar mientras sientes que te arrincona. Para salir de esa sensación de estar contra las cuerdas, no sin algunos golpes, es necesario levantar la cabeza y plantear una ruta de escape que nos permita retomar el combate desde una mejor posición.

Entonces y atendiendo, en primer lugar, al marco teórico que manejamos: la utilidad positiva de aquello que se denomina como desviado que opera como un mecanismo generador de esquemas adaptativos y de refuerzo de orden social; y, en segundo lugar, a los objetivos operativos a cubrir en nuestro despliegue metodológico: conocer la visión formal de la institución -en términos de autoimagen²⁸- acerca de lo que entienden por el problema de drogodependencias y su intervención; hemos de fijar la atención hacia un(os) ámbito(s) concreto(s), con respuestas concretas, donde ir con las preguntas construidas a partir de la información recabada en nuestra **torre de conocimiento**²⁹. Esta obligación de focalizar

28 Una de las hipótesis que manejamos en nuestro trabajo se centra en comprender si la presentación que esta institución hace del problema, como representante de la totalidad de instituciones formales existentes, implica que el problema sea definido de la forma en que esta la presenta y no de otra forma. Por eso, pensamos que la autoimagen que proyecta (quiénes son, qué hacen, cómo lo hacen, por qué hacen lo que hacen y para qué) absorbe cualquier presentación de la realidad que haga cualquier otro actor, solapándolas a la definición que la Institución tiene de la totalidad del fenómeno pues la propia definición del problema es una parte fundamental de la identidad de la Institución y viceversa.

29 Este concepto recoge ese estilo o saber hacer inherente a las herramientas “clásicas” de las que dispone la Sociología (como ciencia social aplicada). Tanto la práctica cualitativa como la cuantitativa tienden a concebir *lo social* como ese espacio inerte donde la información espera a ser recogida para, posteriormente, ser analizada y

nuestro pensamiento en un espacio reconocible donde poder ponerlo en práctica, modifica a su vez al propio planteamiento teórico –qué- y metodológico –cómo-. Un ejemplo más de la conexión múltiple entre las fases y los tiempos de la investigación que evidencia la no-linealidad, y los saltos, del hacer sociológico a la hora de ser puesto en práctica.

Evidentemente no es fácil encontrar esos nodos (conceptos, hipótesis, teorías...) donde se concreta todo ese pensamiento en forma de ejes vertebrales que constituyen la estructura de la gran autopista por donde fluye todo impulso dirigido a cada una de las partes del cuerpo de nuestra investigación. El diálogo constante con autores a través de sus libros, las horas dedicadas a reflexionar acerca de una simple escena social que hemos visto por la calle³⁰, las características del edificio/sede donde vamos a hacer una entrevista, una conversación acerca del estado de tu proyecto de investigación, la marquesina publicitaria de la parada del autobús, un recorte de prensa cazado al vuelo, una serie de documentales sensacionalistas de una revista para enteradillos, un (re)encuentro con un (des)conocido... Múltiples estímulos que nos rodean y ponen a prueba, a nuestros sentidos cuando los percibimos y a nuestra intuición una vez seguimos con nuestro paso. No sabemos hasta qué punto un hecho considerado menor, o lateral, puede cambiar la perspectiva de todo el trabajo realizado. No obstante y a pesar de la importancia de moverse en trescientos sesenta grados, hemos de ser capaces de poner unos límites entre aquello que queremos investigar y aquello que nos hemos propuesto investigar. Si no atendemos a este hecho,

tratada por el investigador y producir una visión elaborada, *ex machina*, de lo que sucede allí donde han sido recogidos los datos. Con otras metodologías, en este caso participativas, pensamos que se produce una grieta y se modifica ese carácter en el hacer sociológico: estas buscan subvertir el rol que el investigador social asume o se le otorga, unidireccional o bidireccionalmente, a la hora de generar una lectura de la realidad socialmente construida, pasando a ser un facilitador del proceso en vez de ser un cazador-constructor de realidades/discursos/imágenes sociales. No obstante somos conscientes de que a pesar de toda la capacidad emancipatoria potencial que tienen estas herramientas, pueden ser aplicadas para lo diametralmente opuesto.

30 Septiembre. 18:00 hrs. Metro de Madrid. Subo en la estación de la línea 10 con dirección al centro de la ciudad. Tres paradas más tarde se sube un sujeto de unos cuarenta y cinco años. La gente le observa con una mirada lejana, como marcando distancias. De repente, saca sus “cacharros” y comienza a fumarse un “chino”. A partir de ahí la gente comenzó a responder frente a esa escena social de la que formábamos parte.

Durante el tiempo en el que coincidimos en el vagón pude observar las diferentes reacciones que mostraba la gente según se topaban con él: desde la risa de unas chicas de 13 años hasta la cara pétrea y de estupor que tenía un joven, de unos 30 años al ponerse a la misma altura, uno dentro del vagón y el otro en el andén. Estos 10 minutos que duró el trayecto fueron igual de importantes, como aportación, que el tiempo dedicado a la lectura de cualquier texto acerca del estereotipo.

podemos naufragar en el trayecto. De ahí que concibamos dos investigaciones o momentos de la investigación: *la operativa*, como un hacer agarrado a un tiempo y lugar concreto y con unos objetivos definidos; y *la dilatada*, como una trayectoria en la que sucesivamente se va acumulando lo indagado para ser sometido a un proceso de estructuración y sistematización.

Una vez decididos a centrarnos en torno a la cuestión de la atención a las drogodependencias -por su incidencia en la concreción de la identidad, entendida como carrera desviada, del catalogado como drogodependiente- acudimos a una institución que se encargue de ello. En nuestro caso elegimos, en primer lugar, el Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. La pertinencia de este centro viene dada por la centralidad que este organismo tiene en nuestra historia actual, ya que es el resultado concreto de la acción/decisión política que se llevó a cabo desde el Gobierno para atajar el peligro social que surgió en España a finales de los años setenta del siglo anterior y que ha hecho de ella una institución de referencia tanto a nivel nacional como internacional. Trayectoria y reconocimiento que apoyan nuestra elección del campo de estudio para contrastar aquello que manejamos/manejábamos en nuestro campo teórico.

3.2. Del CAD al Instituto de Adicciones: del hilo a la madeja.

En los albores de la delimitación del objeto de estudio lo que se pretendía era centrarnos en un CAD -Centro de Atención a las Drogodependencias- de Madrid para comprobar/describir/redactar, con nuestra mirada/voz/mano sociológica, la realidad de un espacio determinado para un tipo determinado de población agrupada bajo una misma problemática -la adicción o trastorno adictivo-. Tras un recorrido por diferentes centros de atención de la ciudad, me derivaron a la sede que centraliza la labor que las y los profesionales desarrollan. Tras cerrar algunas citas con miembros de la institución, en las que tuvimos que explicar los porqués del interés en fijarnos en estos espacios -registrar sus dinámicas y analizar lo que sucede allí-, acabamos por reconfigurar la investigación para estudiar a la propia institución en sí: qué es y qué hace el IA o cuáles son sus principios teóricos y prácticos. Este cambio se produjo debido a la dificultad que encontraban, desde la corporación, de hacer aquello que pretendíamos sin violar ciertos aspectos que, para ellos,

eran fundamentales respetar. La cuestión de la confidencialidad, el anonimato o la interferencia “externa” que podíamos suponer en estos espacios fueron los principales argumentos que expusieron como límites para la aplicabilidad de nuestra “intervención”, o aparición en escena. Por eso se nos recomendó, en realidad no hubo mucho margen de elección, que nos centrásemos en conocer la actividad del Instituto de Adicciones y a partir de las dudas surgidas de nuestra lectura concretaríamos una serie de entrevistas con profesionales de los diferentes departamentos que conforman el IA. Sí queríamos abordar un tema desde un espacio delimitado, teníamos que seguir los caminos que ellos nos marcaran.

Después de concretar y formalizar la colaboración con la entidad, quedamos emplazados a encontrarnos tras la lectura de los principales documentos que la Subdirección del Instituto nos facilitó. Son estos documentos en los que nos basamos como referencia de las prácticas y saberes que el organismo tiene en su seno; y que emergen desde su interior. Pero el principal documento que hemos utilizado como referencia para la inmersión, dentro de la complejidad del servicio social que desempeñan, ha sido la Memoria del Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid: un documento técnico, de carácter interno, que resume en varios capítulos elementos claves para comprender desde dónde trabajan y hacia dónde quieren seguir avanzando. Este documento³¹ nos ha servido para guiarnos en nuestra deriva y, precisamente por esto, hemos querido utilizarlo como mapa para mostrar los principales elementos que definen su práctica y su visión.

3.3. Del Plan Municipal de Drogas al Instituto de Adicciones. Más de veinte años de experiencia con, desde, contra la drogodependencia.

“Han transcurrido más de veinte años desde que el Ayuntamiento de Madrid aprobó, el 8 de Mayo de 1988, el primer Plan Municipal contra las Drogas. Se iniciaba así un proyecto que nacía con una vocación de participación y de corresponsabilización de las diferentes instituciones y organizaciones sociales, con el objetivo de dar respuesta a un problema que ocupaba un importantísimo lugar en la preocupación de los ciudadanos madrileños”. IA, 2009:5.

31 Este documento que sienta las bases del Plan de Adicciones 2011-2016 para la Comunidad de Madrid, fue aprobado por la Junta de Gobierno el 17 de marzo de 2011 y publicado en el mismo año. Además cuenta con el sello de Excelencia Europea 400+ por su modelo de gestión. Disponible para su descarga y consulta en el portal de MadridSalud: www.madridsalud.es.

Lo que hoy conocemos como Instituto de Adicciones, perteneciente al ámbito de MadridSalud, es fruto y resultado de más de veinte años de experiencia de los trabajadores y trabajadoras que se volcaron sobre este problema una vez detectada una demanda sin cubrir. Como ellos reconocen, en la Memoria, este nuevo Plan de Adicciones es el reflejo de “un continuo esfuerzo de adaptación a las siempre cambiantes necesidades de un fenómeno en continua evolución” (Ibíd.). Sabiendo esto, el propio Instituto nos plantea 6 grandes grupos de tiempo en los que podemos encuadrar la historia del organismo y la evolución de la respuesta formal en materia de drogodependencias:

- 1. 1970-1987:** Primeras actuaciones municipales en materia de drogodependencias y creación de la Comisión Antidroga.
- 2. 1988-1990:** Aprobación del Plan Municipal contra las Drogas y primeras acciones en el marco del mismo.
- 3. Quinquenio 1991-1995:** Etapa de crecimiento y diversificación en diferentes ámbitos y primera reflexión acerca del modelo de atención a las drogodependencias.
- 4. Quinquenio 1996-2000:** Implementación y crecimiento de los programas de sustitutivos de opiáceos.
- 5. Trienio 2001-2003:** Consolidación de los nuevos Centros y diversificación de programas.
- 6. Cuatrienio 2004-2007:** Etapa de expansión y crecimiento de la Red. La creación del Instituto de Adicciones en el marco del Organismo Autónomo MadridSalud.

1. Como ya hemos dicho el IA es el fruto de la respuesta que el Ayuntamiento de Madrid dio desde la Concejalía de Salud y Bienestar Social, creada en los años ochenta, a la definida como pandemia que supuso el consumo de heroína y los riesgos asociados a éste. Esto se tradujo en la creación de unidades de apoyo a heroinodependientes y a sus familias en comunidades terapéuticas, convirtiéndose, de esta manera, en un soporte de apoyo al que referirse en un momento de expansión del fenómeno. Además se incorporó un grupo de profesionales de Salud Mental de los Centros de Promoción de Salud para hacer un seguimiento a las familias de los afectados. Todo esto cuajó en enero de 1987 con la puesta en marcha del primer Centro Municipal de Atención a las Drogodependencias en el Distrito

de Puente de Vallecas³². De esta manera aparece un servicio-recurso donde la atención psicosocial se complementa con la atención de médicos generalistas de la red sanitaria.

Meses después, en julio de 1987, el Ayuntamiento de Madrid crea la Comisión Antidroga. Una entidad presidida por el alcalde de turno y con representantes de todos los grupos políticos con representación municipal y cuyo objetivo principal era la elaboración de un diagnóstico de la situación de las drogodependencias en la ciudad de Madrid para, a partir de ahí, formular medidas para hacer frente al problema. En 1992 se incorporan organizaciones no gubernamentales como Cáritas Madrid, Cruz Roja Española, la FAD y Proyecto Hombre, entre otros. Aparecen espacios de discusión donde políticos y técnicos discuten los efectos del fenómeno y trazan estrategias y formas de trabajo para generar una respuesta capaz de combatir los efectos más negativos de este problema de orden público.

2. Todo este esfuerzo supuso un paso más allá con la aprobación, en mayo de 1988, del Plan Municipal Contra las Drogas. Un hito que contó, como refleja la Memoria, con el apoyo total de los grupos políticos representados en la cámara madrileña. En ese momento la gestión de dicho plan pertenecía a la Concejalía de Salud y Servicios Sociales. En ese Plan encontramos las bases de lo que hoy es la filosofía de trabajo del IA. Como objetivos iniciales destacamos los siguientes:

- Diseñar y desarrollar programas de prevención de las drogodependencias orientadas hacia la reducción de la oferta y la demanda.
- Crear una red diversificada de recursos destinados a la Asistencia y Reinserción Social de población drogodependiente.
- Impulsar la participación social y la colaboración de ONG en programas preventivos y asistenciales.
- Crear mecanismos de coordinación entre las diferentes áreas municipales y administraciones públicas con competencias en el ámbito de las drogodependencias.

Además de esto, se propusieron unas líneas prioritarias en las que se destaca:

- El desarrollo de Programas de colaboración con Instituciones Penitenciarias y la Administración de Justicia.
- La creación de mecanismos de coordinación y seguimiento para posibilitar el desarrollo del Plan Municipal contra las Drogas.

³² En el texto que hemos manejado se añade que este servicio ya fue puesto en funcionamiento previamente, siendo pionero en implementar un modelo de tratamiento ambulatorio. Esto fue realizado por el Servicio Social para la Atención y Reinserción de Drogodependientes (SSARD).

Esta segunda etapa de la atención de las drogodependencias se cierra con los siguientes logros:

- La realización de la primera “Investigación sobre el consumo de drogas en el municipio de Madrid”.
- La creación de la Red Municipal de Atención a las Drogodependencia, dotada con seis centros de atención (CADs), siete centros en 1990.
- La puesta en marcha de programas de: intervención en Juzgados de Guardia, Intervención en el Centro Penitenciario de Carabanchel, Servicio de Información Telefónica sobre Drogodependencias y Prevención Escolar de Drogodependencias.

Según leemos estos hitos se entiende que la evolución de ese primer organismo creado a modo de colchón que frenase los golpes que estaba sufriendo la sociedad madrileña a manos de la droga crece exponencialmente y se ve en la necesidad de reconocer una conciencia de sí mismo *-quién es y dónde está-* para evaluar la propia actividad desarrollada y enfocar su expansión hacia espacios relacionados con su función *-qué, para qué, para quién y cómo-*.

3. Todas esas intenciones fueron cristalizándose y dando como resultado un enriquecimiento tangible de los recursos de la Red Municipal de Atención a las Drogodependencias con nuevos dispositivos y programas como: la Comunidad Terapéutica Municipal de Barajas, aumento de las plazas en pisos de apoyo para la reinserción, talleres de reinserción laboral y servicios específicos como el Centro de Contacto y Atención Sociosanitaria. Como podemos ver, la complejidad que presenta el asunto *-la constante evolución del fenómeno de la droga-* obliga a generar nuevos elementos que sirvan como respuesta efectiva a las demandas sociales existentes: individuales, colectivas, políticas, técnicas...

De ahí que como hecho a destacar, subrayan la adecuación de las respuestas de los centros y de los servicios de atención a las nuevas formas de drogodependencias incorporando programas dirigidos a colectivos específicos. Además se ponen en práctica, dentro del ámbito de la Prevención, iniciativas como el Servicio de Apoyo a la Prevención, el *“Programa de Prevención del Alcoholismo Juvenil”*³³, el *“Programa de Intervención con Menores”* y la *“Escuela Municipal de Formación Familiar y del Voluntariado en Drogodependencias”*. Todo

33 Premio Reina Sofía 1995 por la Fundación CREFAT. Este programa integra actuaciones en los centros escolares con medidas para la reducción de la oferta y acciones de información y sensibilización.

este aumento en el espesor de los hilos de la red se tradujo en la revisión del Modelo de Atención a las Drogodependencias en octubre de 1995, siete años después de su redacción. El reconocimiento de una trayectoria recorrida por parte del fenómeno, de los consumidores, de los recursos, de los profesionales, de los usuarios... que permite evaluar lo que se ha ido haciendo para ser compartido en determinados espacios y seguir perfeccionando la oferta de un servicio.

4. Haciendo hincapié en esa constante sobre el tratamiento de las necesidades de los colectivos específicos (en especial o básicamente la población consumidores de opiáceos por vía parenteral), en julio de 1997, se firma un Convenio Tripartito entre el Ayuntamiento de Madrid, la Comunidad de Madrid y Cruz Roja Española que se tradujo en la rápida implementación de los programas de atención con metadona, dotando a la Red Municipal de Atención de 3000 plazas más (en 1998 cubrían un total de 9500 drogodependientes atendidos). Otras entidades, que fueron sumándose a la línea de trabajo, sirvieron como herramienta complementaria a los programas establecidos y mejoraron la captación y el tratamiento de un colectivo que *“no había podido recibir hasta ese momento una atención de acuerdo con sus necesidades”* (Ibíd.:10).

Un aspecto llamativo de esta etapa es que ellos mismos reflejan que la puesta en marcha y el crecimiento de los programas con sustitutivos tuvieron lugar dentro de un clima de “polémica social” en torno a ellos. Aquí la cuestión la resuelven diciendo que *“fue necesario desplegar un amplio trabajo de información y de sensibilización social con el objetivo de lograr su aceptación”* (Ibíd.: 10). Al final añaden que, paralelamente al incremento de los programas con sustitutivos y gracias a su capacidad para captar y retener en la red a un amplio colectivo de drogodependientes, se va produciendo una progresiva disminución de la alarma social respecto al problema de las drogas en la Ciudad de Madrid. Aducen que se debe a una mejora de la imagen social de los drogodependientes en tratamiento y la caída de los delitos asociados al consumo de heroína. Sin duda, esta legitimación social que obtuvieron, ha servido como soporte sobre el cual seguir creciendo en su tarea de control de las drogodependencias y/o población drogodependiente.

5. En esta etapa, el trienio de 2001 a 2003, destacan la consolidación de los ámbitos de la Asistencia y la Prevención. Dentro de la Asistencia cabe señalar la existencia de siete CAD y

cinco Centros Específicos para programas de mantenimiento con metadona, traducándose en una atención que pasó de cubrir 369 casos en 1996 a encargarse de 5431 en 2003 (Ibíd.: 11). Como reflejo positivo de la atención que practican, observan la mejora de indicadores importantes como el descenso de uso intravenoso como forma de consumo, el descenso del VIH y la disminución de la prevalencia de la tuberculosis y hepatitis; hechos asociados a las formas habituales en el consumo de heroína por vía parenteral.

Por el lado de la Prevención destaca la puesta en marcha del *“Servicio Telefónico de Orientación Familiar sobre el alcohol y otras drogas”* en colaboración con la FAD, el diseño e implementación del programa de reducción de riesgos derivados del consumo de alcohol *“No t pases, entera-t”* en colaboración con otras áreas municipales y el Consorcio de Transportes de Madrid y el reconocimiento del Programa de Intervención con Menores en Situación de Riesgo, tras 10 años de funcionamiento, como *“Buenas prácticas en Drogodependencias”* en el área temática de *“Menores en riesgo de exclusión social”*, promovida por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Un mayor número de respuestas, diversas (por la población diana) y complementarias entre sí (reforzar la resistencia al consumo), que van calando en la sociedad de dos maneras: aportando respuestas y soluciones a gente con problemáticas específicas y generando un enfoque claro a lo que respecta al consumo de sustancias adictivas.

Como podemos observar el Plan Municipal contra las Drogas se consolida como una herramienta válida para la lucha eficaz en materia de Prevención y Asistencia, como sucede simultáneamente y a nivel nacional, con el PNSD. Se reconoce la calidad de sus programas y se reconoce, igualmente, su capacidad de gestión. Esto se traduce en un aumento en las conexiones que realiza con otras instituciones y en un aumento de la capacidad de elaborar planes concretos para ciertos grupos de la sociedad. Las capacidades y las posibilidades del Plan crecen exponencialmente y, con ello, su influencia en materia de intervención y atención de las drogodependencias.

6. La última etapa que marca el IA, dentro de esta retrospectiva, recoge los años que van entre el 2004 y el 2007. El hecho capital de esta etapa se produce por el traspaso de responsabilidades del Plan Municipal contra las Drogas. El Plan pasa a depender del Área de Gobierno de Seguridad y Servicios de la Comunidad de Madrid junto a la red de Centros

Municipales de Salud. De esta unión surge el Organismo Autónomo MadridSalud, aprobado en y en funcionamiento desde noviembre de 2004 y adscrito al Área de Gobierno y Seguridad y Movilidad (Ibíd.: 37). La finalidad de esta institución es *“la gestión de las políticas municipales en materia de Salud Pública y Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos”* (Ibíd.: 12). Además, esta organización se propone, como horizonte a corto plazo, situar a Madrid a la cabeza de las capitales europeas en términos de Salud Pública situando en la base de su filosofía de trabajo valores como la innovación, la cooperación, la excelencia, la participación, la cooperación y el diálogo.

Como cierre a este recorrido histórico de lo que ha sido la lucha municipal en materia de drogodependencias, el propio Instituto nos resume la línea de trabajo que ha seguido cada uno de los departamentos en los que este organismo se estructura. Desde el ámbito de la Prevención lo que se ha pretendido es consolidar acciones dirigidas a reforzar el papel de todos los agentes implicados en la prevención de “trastornos adictivos” mediante el desarrollo de programas en diferentes ámbitos (desde el familiar hasta el de ocio) y, además, estructurando, articulando y protocolizando la coordinación entre el departamento de Prevención y otros recursos municipales de distrito. Desde el área asistencial *“se han consolidado los programas y los recursos de la red y se han reforzado aquellos ámbitos de actuación que requerían un apoyo suplementario”* (Ibíd.: 13). Sirva como ejemplo el esfuerzo por aumentar los programas y recursos orientados a la captación y reducción del daño o la implementación de programas para la atención de inmigrantes (Istmo). Desde el área de la reinserción centran sus esfuerzos en consolidar programas y actuaciones enfocadas en la integración social de personas con una problemática de drogas: convenios con empresas talleres de empleabilidad han sido herramientas que el Servicio de Orientación Laboral (SOL) ha utilizado para conseguir aquello que se proponían (1800³⁴ inserciones en tres años).

Sin embargo, el principal logro que establece el propio instituto respecto a su labor y su trayectoria es la implicación que ha tomado para con la sociedad madrileña. Elementos como la evaluación y la investigación son clave para afinar los indicadores que puedan arrojar una mejor información acerca de los resultados terapéuticos y de gestión. El Plan de

34 Hemos de decir que estos datos son aproximativos. El propio IA está redefiniendo los indicadores a utilizar para establecer un alta laboral ya que, por ejemplo, si se produce una segunda alta laboral del mismo sujeto, ésta no se contabiliza como tal.

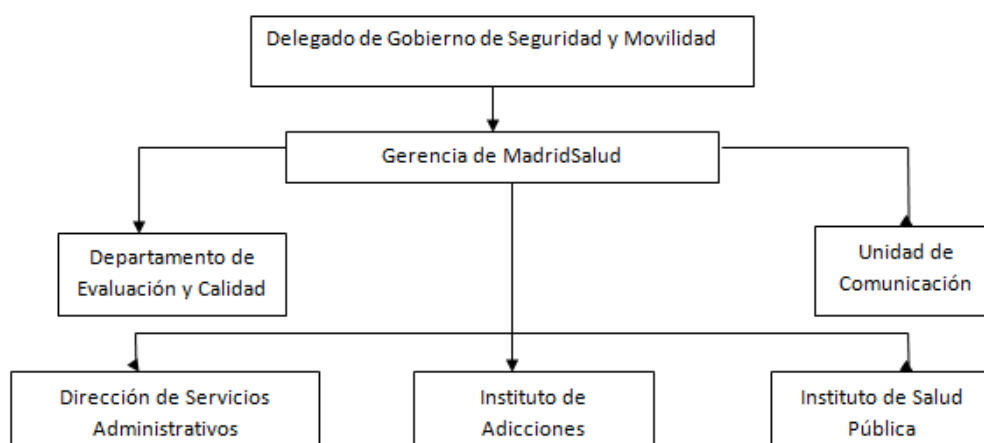
Calidad o la Carta de Servicios del Instituto de Adicciones son una muestra paradigmática del compromiso que tiene esta organización con la ciudadanía.

3.3.1. Estructura y funcionamiento del Instituto de Adicciones.

¿Cómo funciona y cómo se coordina el Instituto de Adicciones para dar cobertura en materia de drogodependencias a los madrileños? Desde la propia corporación son conscientes de la necesidad de, y el reto que supone, una coordinación eficiente y una organización elaborada para poder ser capaces de *“dar respuesta a una realidad compleja, multicausal y multidimensional, como es el problema de las adicciones, y los daños y riesgos asociados a las mismas”* (Ibíd.: 40). Por ello es de obligado cumplimiento la articulación de diversos organismos, servicios y programas que estén relacionados y tengan responsabilidad con este fenómeno, para poder *“ofrecer respuestas adecuadas a las diferentes realidades, personales, familiares y sociales”* (Ibíd.). Como podemos observar, encontramos una permanencia de esos aspectos ideológicos -salud y seguridad- en una respuesta a ofrecer que supone una suerte de amalgama de conocimientos sedimentados y enfocados hacia la construcción de una herramienta capaz de amoldarse a cada caso particular: efectos sociales e individuales de las drogas como problema de seguridad y salud.

Como ya hemos dicho, el IA es un recurso más dentro del abanico de servicios que MadridSalud ofrece. El objeto de este organismo es el de gestionar las políticas municipales en materia de Salud Pública, Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos; sin olvidar la organización con otros organismos a nivel local, autonómico, nacional e internacional. Esto nos da a entender que el Instituto de Adicciones es un espacio delimitado con una función concreta y cuyos principios orientadores vienen definidos a partir de la conjunción de los diferentes niveles desde los que se trabaja, registra, analiza y define el fenómeno. Un nodo representativo de una espesa y compleja red que se define por ser el espacio donde contactan las políticas/Políticas.

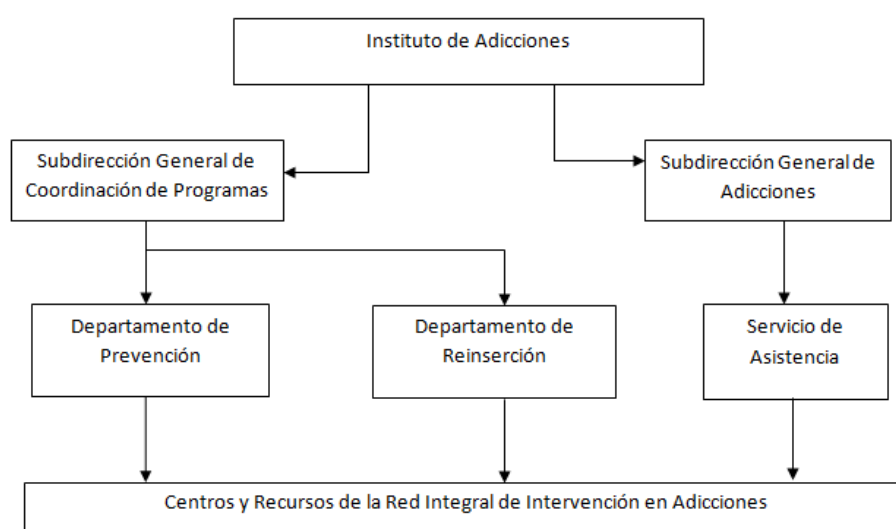
Figura 1: Organigrama de MadridSalud



Fuente: Plan de Adicciones. Instituto de Adicciones. 2011.

Si atendemos a la estructura interna del IA observaremos que se compone de dos Subdirecciones de las cuales se derivan los tres departamentos en los cuales se engloban las diferentes acciones que llevan a cabo: de una parte la Subdirección General de Adicciones, donde se localiza el Servicio de Asistencia, y por el otro la Subdirección General de Coordinación, al que pertenecen el Departamento de Prevención y el Departamento de Reinserción.

Figura 2: Organigrama del Instituto de Adicciones



Fuente: www.madridsalud.es/img/pdfs/direccion_g_adicciones_marzo2011.jpg

Hemos de entender que la intervención social en materia de drogodependencias es compleja y depende de muchos factores. Además de los siempre importantes recursos económicos, el IA hace hincapié en la necesidad de tener siempre presentes los recursos humanos de los que se dispone y se puede llegar a disponer para dar una respuesta a ese problema; y que desbordan los límites dibujados por un organigrama. Como sucede en otros ámbitos, más allá de la ciudad de Madrid, la red que trabaja en materia de drogas se trata de una serie de cruces, ayudas, reconocimientos y guiños entre las posibilidades de respuesta de las Administraciones y la capacidad de trabajo de gente que se sitúa más allá de los canales formales. La red³⁵ que mantiene la oferta de servicios a la población madrileña consiste, mayoritariamente, en una serie de políticas que surgen desde este organismo y la derivación de unas determinadas prácticas a otros agentes sociales, principalmente aquellos pertenecientes al tercer sector. Esto nos da a entender que el IA es el centro neurálgico por donde pasa todo aporte u esfuerzo encaminado a llegar a un número amplio de población; o con intención de situarse dentro del espacio de las políticas públicas.

3.3.2. Niveles de coordinación del Plan.

Aunque a primera vista nos pueda parecer un organigrama rígido y poco conectado, desde la propia organización dejan claro que no es así. Para que exista un buen funcionamiento de la estructura, la coordinación es un aspecto a conseguir y un requisito sobre el que trabajar. Más aún cuando esa respuesta consiste en una adaptación específica a cada caso o a cada contexto de implementación. Es por ello que desde esta institución cuidan y fomentan la coordinación interna a través de *“espacios permanentes entre las distintas unidades y niveles de la organización”* (Ibíd.: 42): espacios de coordinación permanente intra e interdepartamentales, entre los Servicios Centrales y los CAD y entre los propios CAD.

³⁵ La herramienta idónea para comprobar la forma que tiene esta red es el sociograma. Esta técnica permite posicionar a los diferentes actores en base dos ejes: según el grado de formalidad (instituciones, asociaciones y no organizados) y según los grados de afinidad (afines, diferentes, ajenos y opuestos). Señalar que para que sea interesante y productiva, para el investigador, debe ser realizada con sujetos que estén dentro de esa red, para, así, poder ver dónde se sitúa y donde sitúa al resto de actores. A partir de ahí podemos profundizar en la cuestión de las relaciones que establecen entre sí para ver posibles conjuntos de acción (gente que trabaja junta o que puede llegar a hacerlo) o espacios donde sabemos que encontraremos posiciones, en principio, irreconciliables.

Además de atender a la cuestión de la organización interna, también existen espacios para la coordinación entre los diferentes ámbitos de la organización y *“las diferentes entidades externas que gestionan los programas y servicios que forman parte de la Red del Instituto de Adicciones”* (Ibíd.)³⁶. Una respuesta conjunta donde cada una de las partes se conecta al Instituto para construir una amplia gama de servicios a disposición del ciudadano.

Para comprender como llevan a cabo este proceso, hemos de observar los puntos donde se incardina el propio Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid. Para ello conciben tres niveles de coordinación: internacional, nacional y local. Sobre lo internacional y lo nacional recalcan la adhesión y el compromiso que el IA tiene en materia de intervención en adicciones; que ha hecho de este organismo un referente internacional. Esto se traduce en la importancia que adquiere esta organización que, aparte de su tarea específica -la intervención en el contexto madrileño-, forma a técnicos y diseña planes de intervención en otros países (Ibíd. 44). En lo nacional destaca su estrecha colaboración con el PNSD, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y ONG, centrándose en la producción de investigaciones, actividades y programas en torno a las drogodependencias.

Sin embargo es a nivel local, y autonómico, donde sus conexiones se multiplican y se extienden:

-con la **Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid**. Ambas colaboran generando planes estratégicos de intervención de Adicciones a partir del Comité de Coordinación de dichos planes y a través del mantenimiento de convenios de colaboración como programas asistenciales y programas de información en las sedes de juzgados de primera instancia de Madrid.

-con **otras Redes Públicas**: la Red de Atención Primaria de Salud y la Red de Salud Mental. Con la primera se comunican para facilitar el trabajo mutuo en materia de prevención para facilitar el acceso a ambas redes y su tratamiento. Y con la segunda tienden puentes para generar protocolos conjuntos de intervención con pacientes de Patología Dual.

36 En el Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid encontramos una tabla donde se exponen los Centros y Servicios que forman parte de la Red del Instituto de Adicciones. Esta tabla la hemos añadido a nuestros anexos.

-con el **Tercer Sector**, a través de la firma de convenios con diferentes organizaciones: FAD, Cruz Roja Española, Fundación Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre, Cáritas Madrid, Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Federación Madrileña de Asociaciones para la Asistencia al Drogodependiente y su Familia (FERMAD). Esos convenios se traducen en programas de Prevención, de Atención Integral a las Drogodependencias, formación e investigación. Además reafirman el apoyo al movimiento asociativo como otro punto útil a la hora de desarrollar programa y poner en marcha recursos de prevención, tratamiento y reinserción³⁷.

-con **Universidades**: el IA encuentra necesarios a estos actores puesto que son fundamentales a la hora de generar investigaciones en materia de adicciones y como espacios de reciclaje para los profesionales de la Red del Instituto. Sin olvidar la firma de convenios de formación en prácticas de alumnos.

-con **Áreas y Servicios Municipales**: sabiendo que el IA forma parte MadridSalud, éste se convierte en un apoyo sobre el que derivar cuestiones relacionadas con la gestión administrativa (de contratos, de convenios). Mediante la Comisión de Madrid Salud para las Adicciones, el IA colabora con el Instituto de Salud Pública. Como resultado de ello se ponen en marcha la Unidad de Promoción de la Salud y Medio Ambiente, la realización conjunta de análisis clínicos y la elaboración de planes y acciones en Prevención de drogodependencias en el ámbito laboral (Subdirección de Salud Laboral).

-destacar las conexiones existentes con otras áreas y servicios municipales tales como el Área de Gobierno de Familia y Asuntos Sociales, del que dependen Samur Social, Servicios Sociales Generales, Educación y Juventud, Familia e Infancia, Cooperación e Inmigración e Igualdad de Oportunidades; del Área de Gobierno de Economía y Empleo se sirven de la Agencia para el Empleo; con el Área de Gobierno de Medio Ambiente para desarrollar programas de Reinserción; con el Área de Gobierno de la Artes elaboran programas de Intervención a través del ocio; conjuntamente con el Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad, al que pertenece la Policía Municipal, desarrollan acciones en materia Prevención de drogodependencias; la Vicealcaldía, desde la que se sirven de los departamentos de

³⁷ “Este tipo de programas, que se apoyan mediante una convocatoria anual de subvenciones, complementan las principales líneas de actuación desarrolladas desde el propio Instituto de adicciones”. (IA, 2009: 46).

Coordinación Territorial, Deportes y Participación Ciudadana; y el Área de Gobierno de Hacienda con la que desarrollan acciones para mejorar la calidad de los servicios prestados por el propio Instituto.

-por último señalar la participación dentro del Foro de las Adicciones de la Ciudad de Madrid. Un punto de trabajo concebido para favorecer espacios la participación a la hora de desarrollar políticas de lucha contra las adicciones. Entre los participantes con voz y voto de dicho Foro, destacamos como Presidente el Delegado del Área de Seguridad y Movilidad y presidente, a su vez, del Consejo Rector de MadridSalud. Del resto de participantes destacar las figuras del Director General del IA y del Director General de SaludPública, un representante de cada grupo político con representación en el Pleno del Ayuntamiento de Madrid, tres representantes de las organizaciones más representativas del Tercer Sector.

La idoneidad de nuestro primer marco de referencia, el IA, se debe a que es el espacio donde se trabaja aplicando programas a una población entendida como problemática y registrando los datos que dicho fenómeno tiene -drogodependencia e intervención- con el objetivo de generar un marco de referencia propio-qué es y qué hace el IA- a la hora de poner en práctica una respuesta desde lo institucional -cómo y a través de qué instrumentos lleva a cabo su función social-³⁸. Es a partir de esos canales a obtener de contenido desde los cuales el Instituto de Adicciones genera sus programas de intervención social, captando y cooptando diferentes agentes y recursos. Observando la lista de conexiones a las que pertenece comprendemos que el Instituto de Adicciones se yergue como el canal por el que pasa toda, o casi toda, acción enfocada sobre el fenómeno de las drogodependencias dentro del nivel micro. Ya sea el trabajo a pie de calle (salas de venopunción o unidades móviles) o el tratamiento de las diversas adicciones (desde lo ambulatorio hasta la existencia de plazas hospitalarias), copan espacios en los que aplicar los diversos programas de Prevención (Ocio y Trabajo) ofertando una serie de itinerarios formales para la reinserción, tanto social como familiar o laboral.

38 Esto que decimos encuentra su explicación en la nota al pie anterior: hemos visto la importancia de aquellos actores no formales (aquellos que no son parte integrante de los aparatos institucionales) a la hora de ofrecer una serie de respuestas a una población, pero la forma en la cual estas entidades sustentan esta intervención, en los casos que no pueden autofinanciarse, es a través de subvenciones que firman con esta entidad pública en régimen de concurso público. Para nosotros esto se traduce en la absorción de esos otros actores a la visión institucional y delimitando todo campo de acción (social) a la definición dominante -el problema de la droga-.

3.3.3. La Prevención como objetivo del Plan de Adicciones.

Como ya hemos dicho, uno de nuestros intereses en este trabajo es comprender la manera en la cual una institución representa el compromiso tomado por la Administración para con una población y, al mismo tiempo, asienta dicha apuesta articulando una Respuesta definida sobre el tejido social. Por eso es interesante, desde un punto didáctico, presentar el abanico de objetivos que se proponen como metas a cumplir en sus diversos planes de acción.

Partiendo de una línea de trabajo a la cual se han ido agregando diferentes características como la vulnerabilidad, el género, la multiculturalidad, la integralidad, la coordinación y la calidad, el IA establece una serie de objetivos sobre los que orientar todo esfuerzo realizado dentro del Plan de Adicciones de 2011-2016. Aunque mantienen tres frentes abiertos - ámbito de las drogodependencias, adicciones sociales y garantía de calidad- es en el primero de ellos sobre el que se sustenta toda la organización; puesto que fue la que originó la puesta en marcha de este aparato. Para ello atienden al pilar fundamental sobre el que articular toda respuesta: el control de la oferta y la demanda como mecanismo de prevención de actitudes adictivas. Más allá de la labor específica que cumplen las Fuerzas de Seguridad del Estado en este territorio, el esfuerzo del IA pasa por hacer cumplir la normativa sobre promoción, publicidad y venta de alcohol y tabaco (Ibíd.:52). Pero es sobre el control de la Demanda donde aplican todo su potencial en base a los tres departamentos que el IA posee: desde la Prevención su esfuerzo continúa siendo evitar o reducir el/los consumo/s de sustancias y desde la Asistencia y la Reinserción tratan de ofertar una Atención Integral que sirva como respuesta a las consecuencias derivadas de esos consumos.

Estos objetivos se articulan en el entramado de programas y acciones que se despliegan en la Intervención Preventiva y persiguen asentar unas “ideas fuerza” orientadas a conseguir:

- un incremento de la visibilidad social de la existencia de un servicio de calidad.
- una integralidad en las acciones o respuesta conjunta de los tres departamentos.
- un aumento del impacto y la eficacia de las propias acciones.
- una excelencia de la Acción para ser una institución líder dentro del marco internacional.

Para alcanzar ese escenario ideal el nuevo Plan de Adicciones define una serie de características que la Intervención debe cumplir:

-integralidad: ofrecer estrategias adaptadas a cada periodo evolutivo que permitan una intervención transversal. Una visión amplia que posibilite dar una respuesta elaborada a una cuestión compleja.

-global: la necesidad de generar una intervención amplia que permita complementar las diferentes acciones de los diferentes espacios de trabajo sin duplicar los esfuerzos.

-intersectorial: aunar bajo un mismo foco los ámbitos que participan dentro de este problema como el ámbito policial, sanitario, educativo, laboral, familiar... y aumentar las conexiones con otras administraciones y agentes sociales.

-longitudinal: comprender un fenómeno como este obliga a situar el trabajo en un escenario que contemple el corto, medio y largo plazo para saber responder tanto a la población destinataria como al escenario que se dibuja.

-transversal: lo preventivo debe de unirse con los esfuerzos realizados por lo asistencial y la integración social para implementar exitosamente una intervención planificada con intención de perdurar en el tiempo.

-adaptada: puesto que la intervención se enmarca dentro unos escenarios concretos (colectivos destinatarios), ésta debe ajustarse a las particularidades de cada caso (nivel de riesgo, nacionalidad, género y edad).

-basada en la evidencia científica: se hace necesario que toda planificación, implementación y evaluación sea rigurosa desde el punto de vista metodológico y que toda acción esté basada en estudios que permitan aplicar con precisión toda acción contenida en un marco de riesgo.

-evaluada: una intervención preventiva de calidad obliga a generar mecanismos paralelos que permitan medir el funcionamiento de los diferentes elementos situados en los niveles de diseño, proceso y resultados.

A partir de estos objetivos y principios orientadores, el Instituto de Adicciones despliega todos sus recursos en diferentes contextos -familiar, educativo, comunitario y de riesgo- en los que implica una gran cantidad de medios -humanos, materiales y organizativos- para obtener resultados específicos de su intervención -prevención, asistencia y reinserción- y, al

mismo tiempo, registros de esa puesta en marcha para utilizarlos, posteriormente, en investigaciones y evaluaciones. De esta forma la intervención recorre unos itinerarios específicos que son registrados y medidos con el objetivo de comprender cómo se está llevando a cabo la respuesta institucional propuesta sobre la población madrileña a la vez que se consolida una determinada apuesta de intervención social tomada en un momento histórico determinado.

3.4. De la deriva al transecto: del ver al hacer ver.

Como fruto de todo ese trabajo de reconocimiento del mapa de nuestro objeto de estudio a lo largo de nuestros primeros pasos, claramente intuitivos, llegamos a la convicción de que una vez delimitados unos espacios coherentes para desarrollar la tesina de investigación debíamos ofrecer un itinerario definido para el marco de referencia de esta investigación. Aunque a simple vista podría pensarse que este apartado es una mera ampliación del marco de referencia anterior, hay que decir que no se trata de una mera acumulación de experiencias de colectivos y organizaciones. Según hemos ido ahondando en el objeto de estudio nos hemos visto obligados a clarificar nuestro radio de acción y fijar ciertos anclajes que en este caso se corresponden con las organizaciones a las que nos hemos acercado en nuestro trabajo de campo. Para poder ubicar al lector, primero debemos situarnos nosotros mismos, el Sujeto Investigador, al mismo tiempo que lo hacemos lo propio con el tema en cuestión.

Para hacer factible ese objetivo y partiendo siempre de lo aprendido, nos propusimos comprender el marco del objeto de estudio a partir de tres dimensiones a conjugar para obtener un marco de referencia situado. Estas son: la evolución temporal (el Contexto), la cuestión organizativa (el Sistema de Relaciones) y la construcción de la intervención (la Respuesta). Estas tres dimensiones nos permiten hacer un análisis profundo del funcionamiento de aquello definido como intervención en drogodependencias. De esta manera el marco de referencia debe de estar, irremediablemente, unido a nuestro trabajo de campo, pues comprender la complejidad de la intervención exige conocer de primera mano la multiplicidad de acciones existentes en este ámbito. Para definir los siguientes pasos de la investigación optamos, tras una reflexión sobre nuestra operatividad externa,

por organizar el trabajo de campo en función de esas tres dimensiones y de lo leído y escuchado con anterioridad.

Para esa tarea decidimos servirnos del sociograma a modo de guía para dibujar un mapa de actores y relaciones fijado a nuestra temática/campo/escenario que delimitase los contornos de nuestra actividad práctica, ceñida a unos tiempos y unos recursos limitados y al rigor que exige este tipo de investigación. De esta forma, y dentro de una lógica de análisis de redes (VVAA, 2012: 56-65), decidimos complementar el marco ya dibujado con otras experiencias afines, diferentes y opuestas -según quién las defina- que pudieran ayudar a delimitar unos mínimos lo suficientemente abarcables como para abordar el tema sin perdernos y lo más amplios posibles como para poder seguir construyendo la propia mirada sociológica. Aunque el marco de referencia suele considerarse como algo estático y tangible, este marco es el resultado de leyes y usos, de mecanismos formales y prácticas informales, de aportaciones de expertos de primera línea como de personas anónimas que al saber lo que estás haciendo quieren aportar su particular granito de arena... Un volumen masivo de información que debe ser canalizado de una manera comprensible que permita situar al que lee en el campo de acción en el que nos hemos movido a lo largo de la investigación.

En la tarea de encontrar una diversidad relativa a ese marco para poder ampliar sus propios límites, hemos querido acudir a determinados espacios donde la visión consolidada no es la única que se asume para conocer, y reflejar, la existencia de ciertas realidades donde la definición de los hechos que manejan supera los límites de lo políticamente discutible. Por todo esto decidimos cerrar una serie de entrevistas con otros agentes para conocer de primera mano, a través de lo que hacen y lo que dicen, de qué manera definen y sitúan su experiencia y su actividad dentro, en torno o más allá del marco de referencia general - *discurso de la droga*-. Con ello decidimos dar un viraje a nuestra actividad: pasamos de ir por un camino desconocido en el cual pusimos a prueba nuestro sentidos y nuestra capacidad de aprendizaje para avanzar por y recorrer un camino más o menos reconocible en el que marcamos ciertas paradas técnicas para enriquecer la variedad de marcos, miradas, experiencias y discursos de la investigación de este transecto. Estas realidades a las que nos hemos aproximado se sitúan dentro de las estrategias preventivas, la intervención sociosanitaria, las implicaciones político-institucionales y la militancia política.

3.4.1: El Instituto de Adicciones y la Agencia Antidroga: dos servicios complementarios en la comunidad y ciudad de Madrid.

Tras fijar ese marco de referencia que emerge desde organismos estatales específicos para su definición en una determinada institución que se dedica a ofrecer una respuesta asistencial, el paso siguiente a dar es contrastar que lo redactado y sostenido por los primeros profesionales contactados se reproduce en otros espacios que desarrollan esas acciones similares: esto que dicen, ¿es extensible a otros puntos? Y si lo es, ¿de qué manera?

“Las drogodependencias han de entenderse hoy, y en una sociedad democrática, como un problema colectivo, que reclama respuestas coordinadas y globales, lejos de una concepción individualista o parcial. La Comunidad de Madrid, por la peculiaridad de tener la Capital del Estado y el carácter de gran ciudad de ésta, con una tasa de incidencia de alrededor del diez por ciento de drogodependientes respecto al total del país, demanda respuestas eficaces y adecuadas que, además de afrontar el problema cuantitativamente, contemplen los cambios cualitativos que se producen en cuanto a tipología de los usuarios y a la aparición de nuevas sustancias, en este sentido, es necesario tener en consideración junto al consumo de drogas ilegales el uso y consumo de drogas legales”³⁹.

La Agencia Antidroga, AA, es el organismo autónomo y competente creado por la Comunidad de Madrid para articular tanto la participación, recursos y acciones de la Comunidad como de las que desarrollan otros agentes dentro de ésta en materia asistencial, sanitaria y formativa. Aprobada con la *Ley 11/1996*, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, y bajo el amparo de la *Ley 5/2002*, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, en ellas⁴⁰ podemos leer una serie de campos y dimensiones que definen la naturaleza y los fundamentos de la misión y acción de esta organización. Como complemento a lo que dice esta ley, el lector puede acudir al portal de la Comunidad de Madrid, www.madrid.org, y acceder a la información que la propia Agencia pone a disposición del/la ciudadano/a en relación a la oferta que ofrece y los medios que posee. Además la persona que esté interesada en ampliar su

39 Primeros párrafos del preámbulo de la “Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. BOCM, 27 de diciembre de 1996. www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=432&cdestado=P. Consultada el 20 de mayo de 2015.

40 Junto a la Ley 11/1996, la otra ley que recoge la normativa sobre competencias es la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. BOCM, 8 de junio de 2002. www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&idnorma=2694&word=S&wordperfect=N&pdf=S. Consultada el 20 de mayo de 2015.

conocimiento en materia de drogodependencias puede acudir al Servicio de Documentación y hacer acopio de una cantidad y diversidad de documentos sobre el tema.

Por nuestra parte, y tras una segunda profundización en las fuentes documentales, creemos importante no duplicar esfuerzos y no obligar al lector a leer el mismo marco de referencia ya descrito pero adaptado a la realidad concreta de este organismo específico. Pero lo que sí que creemos interesante es que se acerquen a estas leyes para poder ver de primera mano todo el despliegue normativo que las administraciones hacen para poner en marcha un determinado recurso público y comprobar, en sus propios textos, la definición que tienen y reproducen del fenómeno de la droga como marco de referencia que maneja una horquilla que se mueve entre los usos y abusos de sustancias, la atención a las drogodependencias y la promoción de la salud.

Hay que señalar que la selección de la AA se debe a que los y las trabajadoras del Instituto de Adicciones ya nos hablaron de ella para marcar ciertas similitudes de sus servicios e indicarnos ciertas diferencias tales como la circunscripción o las responsabilidades de cada organización. Es este tema de las responsabilidades la que nos puso en la senda de conocer esa otra parte de la oferta pública en materia asistencial en la Ciudad/Comunidad de Madrid. En las ya citadas entrevistas con los profesionales del IA surgió la cuestión de la actividad profesional, las competencias, las responsabilidades y los mecanismos de colaboración entre organismos casi idénticos. Una de las conclusiones que nos llevamos en ese momento, más allá de lo expuesto en el análisis de discurso, fue que estas dos entidades estaban en un intenso proceso de evaluación interna para afrontar un posible proceso de transferencia de responsabilidades que podría encubrir una reestructuración de los servicios y un posible recorte de plantilla.

A lo largo de la investigación hemos estado pendientes de este aspecto mencionado para ver de qué manera se sucedían los hechos, pero ha sido unos meses antes de terminar esta investigación cuando nos encontramos, casi a modo de serendipia, con una noticia que volvía a sacar a la luz esta cuestión. La noticia *“UGT denuncia la irresponsabilidad política del PP en el Ayuntamiento de Madrid ante la drogodependencia”* aparecida en el

DiarioProgresista⁴¹, explica de qué manera se están realizando una serie de operaciones para desmantelar algunos de los centros de la red del IA y en la noticia, que surge desde UGT-MadridSalud, apostillan que, *“las intenciones del PP son de todos conocidas ya que lleva tiempo intentando el cierre del Instituto de Adicciones, primero valiéndose de la excusa de las competencias duplicadas, cuando lo que existía era una concurrencia de competencias perfectamente delimitadas entre la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid, que donde no llegaba una Administración llegaba la otra. Y en la actualidad valiéndose de la inanición de los servicios públicos de drogodependencias, dejando las plantillas a la mínimo expresión y por tanto en un corto plazo, generando un problema muy grande a la ciudadanía de Madrid con el cierre total o parcial de algunos de los CAD”*.

Esta noticia viene a corroborar la situación en que se encuentran⁴², o al menos parte de, las y los profesionales que hemos ido conociendo en diferentes espacios no formales como Asambleas de la Marea Naranja⁴³ o encuentros de visibilización de colectivos de ex trabajadores y ex usuarios que autogestionan ciertos recursos de titularidad pública hasta que fueron clausurados; como puede ser el ejemplo de alguna comunidad terapéutica. De esta forma y a pesar de haber definido un espacio para entender qué tipo de acción desarrollan este tipo de organismos, no podemos decir a ciencia cierta a qué marco de referencia se enfrentan el conjunto de trabajadores, y de usuarios, de estos servicios en los que la decisión política⁴⁴, obligada a dar respuesta al recorte presupuestario, parece tener un impacto radical en las propias estructuras creadas por las Administraciones Públicas para dar un servicio a la ciudadanía⁴⁵.

41 www.diarioprogresista.es/ugt-denuncia-la-irresponsabilidad-politica-del-pp-en-el-ayuntamiento-de-62051.htm. Consultada el 25 de marzo de 2015.

42 En el siguiente enlace pueden acceder tanto al comunicado emitido por la Asociación Madrileña de Salud Mental como al manifiesto de defensa escrito por trabajadores del Instituto de Adicciones en los que se denuncia una política de recortes en pleno contexto de crisis económica, año 2012, que busca el desmantelamiento del susodicho Instituto: amsm.es/2012/12/14/no-al-cierre-del-instituto-de-adicciones-de-la-ciudad-de-madrid/. Consultada el 25 de marzo de 2015.

43 15mpedia.org/wiki/Marea_Naranja. Consultada el 15 de mayo de 2015.

44 *“A pasar el mono en casa”*, noticia que habla de cómo los recortes presupuestarios amenazan con impactar de forma significativa a la red de respuesta sociosanitaria históricamente consolidada. Noticia aparecida en El País, sábado 29 de junio de 2013.

45 *“Carmenta ahorra 2 millones con el traslado de 'Madrid Salud' a un edificio municipal”*. Noticia que refleja ese constante reajuste del que estamos hablando y del que no podemos aventurar una tendencia clara de hacia dónde van esos cambios. <http://www.economiadigital.es/es/notices/2015/07/carmena-ahorra-2-millones-con-el-traslado-de-madrid-salud-a-un-edificio-municipal-73699.php> Consultada el 6 de julio de 2015.

3.4.2. Miradas alterinstitucionales: Otros marcos a los que hacer referencia.

3.4.2.1: Las salas de consumo vigilado: consumos crónicos y reducción del daño.

Una vez definida la respuesta asistencial de carácter público, nos propusimos ahondar en otras experiencias que no dependiesen, en mayor o menor porcentaje, de las administraciones nacionales y/o locales autorizadas en esta materia. De esta forma, decidimos asomarnos a determinados servicios u oferta de servicios que se centraran en población drogodependiente y que destacaran por ser unos recursos muy específicos para así poder recoger una variedad de experiencias técnicas valiosas por la propia naturaleza del servicio que ofrecen.

Siguiendo estos pasos y centrados en conseguir llegar a esas respuestas nos pusimos manos a la obra y decidimos hacer un mapeo de experiencias atípicas, dada la limitación de la difusión de estas ofertas terapéuticas y de su excepcional existencia como recurso, y conocer qué tipo de intervención realiza, buscando siempre la excelencia como rasgo cualitativo distintivo. Para este caso nos hubiera gustado centrarnos en la misma región que la de los recursos ya situados, pero debido al cierre de algunos de estos, como la narcosala de Las Barranquillas⁴⁶, o a que directamente están fuera de la Comunidad de Madrid, nos vimos obligados a recorrer la península para conocer estas experiencias; no todas las que nos hubiera gustado⁴⁷ pero al menos un mínimo de ejemplos significativos sobre los que construir una reflexión sociológica.

El primer recurso que señalamos es una sala de consumo libre vigilado. La responsabilidad de este espacio la tiene una organización de carácter no gubernamental⁴⁸ que tras reconocer la existencia de una demanda sanitaria no cubierta decide ponerlo en marcha y responsabilizarse de su funcionamiento una vez que fue aprobada por los diferentes organismos y autoridades competentes. Para conocer los diferentes pormenores, desde el funcionamiento cotidiano de este servicio hasta los acuerdos políticos para su puesta en

⁴⁶ www.rtve.es/noticias/20111127/crisis-acaba-primera-narcosala-espana-barranquillas-tras-once-anos-funcionamiento/477896.shtml. Consultada el 10 de mayo de 2015.

⁴⁷ “Las narcosalas llegan a su madurez”, el artículo habla de cómo la red de atención catalana ha llegado a su máxima expresión siendo la mejor respuesta en España a día de hoy, ofreciendo 12 salas de venopunción. www.ccaa.elpais.com/ccaa/2015/05/30/Catalunya/1432997757_362270.html. Consultada el 1 de junio de 2015.

⁴⁸ www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.sedes/mem.detalle/id.21/recategoria.631/remenu.113/link.3 Sitio de Munduko Medikiak en el que podemos acceder a un listado de las diferentes acciones que desde esta entidad ponen en marcha en el País Vasco. Consultada el 30 de noviembre de 2014.

marcha, derivamos al lector a la parte correspondiente del análisis del discurso donde podrá comprobar de forma detenida multitud aspectos que gravitan en torno al hecho de dar una respuesta asistencial a una población con una problemática o generar estrategias de incidencia social en drogodependencias.

Como decimos, elegimos este centro/organización/recurso porque una vez conocida y escuchada la visión de los profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito público queríamos conocer otras prácticas que desde este espacio no se contemplaran para ahondar en las posibles diferencias y similitudes entre unas y otras. Al ser una sala de consumo supervisada podemos pensar que la clave del análisis descansa en la dimensión práctica, pero conforme uno se aproxima a los fundamentos que sustentan este recurso se puede comprobar que el servicio ofrecido parte de una perspectiva madura, surgida en Suiza en los años 80, que ha sido trasladada a un contexto concreto. De forma sintética, esta mirada entiende el consumo de drogas como algo complejo que debe ser abordado desde una postura superadora del *tolerancia cero* y centre sus esfuerzos en la reducción del daño como base desde la cual abordar las causas profundas del consumo y generar estrategias progresivas de autonomía de usuarios que no tienen en mente dejar de consumir. De esta forma podemos comprobar la conexión entre un marco teórico concreto y una práctica que termina por transformarse en un servicio para una población en una situación particular de su itinerario de consumo, según palabras del entrevistado. No obstante, es importante señalar que esta organización no pretende perpetuarse en la gestión de esta sala, sino que por su propia filosofía espera que dicho servicio se integre en la red pública.

Así, nos encontramos con un servicio ofrecido por una organización no gubernamental con un ideario propio, nacido bajo el amparo de un acuerdo político y dependiente de las consejerías de turno, que sigue una trayectoria histórica común en el abordaje de las drogodependencias, con el objetivo de cubrir una atención sanitaria específica sin atender y con la idea de integrar dicho recurso de forma definitiva en la cartera de servicios del sistema público al tiempo que ellos se desligan de su gestión.

3.4.2.2: La diacetilmorfina: un ensayo clínico de una alternativa terapéutica.

“En el año 1996, ante los logros alcanzados por el proyecto suizo con prescripción de heroína, algunas asociaciones no gubernamentales a través de la Federación Andaluza de Asociaciones para la Droga (ENLACE) expresan la necesidad de ampliar el abanico de recursos y tratamientos para los drogodependientes. Así, el Comisionado Andaluz para la Droga, comenzó a estimar la posibilidad de realizar en Andalucía un proyecto de características similares al realizado en Suiza. Esta iniciativa se anclaba en la necesidad de dar respuesta a un grupo de personas adictas a los opioides para los cuales los tratamientos disponibles hasta el momento habían fracasado. Así, el Comisionado para la Droga, en ese momento Manuel Rodríguez, y el Consejero de Asuntos Sociales Isaías Pérez Saldaña, encargan a la Escuela Andaluza de Salud Pública el comienzo del diseño del ensayo. Simultáneamente un equipo de especialistas comienzan a recabar informes jurídicos, farmacológicos, a fin de valorar la viabilidad del ensayo”⁴⁹.

La decisión de incorporar en este marco de referencia el ensayo realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en colaboración con el PEPSA se debe a que se trata de una experiencia que se sitúa más allá de la atención que podemos encontrar en los centros de drogodependientes en materia de intervención con sustitutivos. La piedra angular de este recurso es la administración de heroína médica, catalogada con el nombre de diacetilmorfina, como principal instrumento farmacológico dentro de un contexto de ensayo clínico con múltiples similitudes a los actuales tratamientos integrales con metadona.

Es importante señalar que la propia naturaleza del ensayo hace que este sea una experiencia única que puede aportar multitud de elementos enriquecedores al marco de referencia en el cual anclamos el debate teórico sobre el estado de la cuestión⁵⁰. A lo largo de la lectura de los documentos y de las entrevistas mantenidas hemos podido comprobar ciertas divergencias y ciertos cruces de caminos en lo que se refiere a los recursos ya presentados. Respecto a las similitudes, se puede decir que tanto en sus fundamentos como en sus prácticas este ejemplo seleccionado comparte la mayoría de características de una intervención definida como biopsicosocial o integral. De esta forma, los profesionales, prototipo de técnico multidisciplinar, destacan la prestación de un servicio más allá de la mera administración del fármaco prescrito que busca incidir en las diferentes esferas de los pacientes adscritos al programa.

49 www.easp.es/pepsa/quienes+somos/evolucion+del+pepsa.htm. Consultada el 12 de marzo de 2015.

50 Es importante señalar aquellos recursos o fuentes de información que facilitan a aquella persona que investiga su tarea de aproximación a la realidad en la que fija su interés. En este caso, en la sitio de la escuela andaluza, www.easp.es/pepsa/index.htm, se puede encontrar una detallada explicación de los orígenes y las fases del ensayo. Además, se puede consultar una generosa bibliografía sobre el propio ensayo y sobre otras experiencias internacionales que gravita en torno a lo que supone la implementación de este recurso terapéutico. Un punto de referencia capital para profundizar en esta área.

Como decimos, el hecho distintivo que lo caracteriza como ensayo es la presencia de la diacetilmorfina como recurso y pilar terapéutico. Sin embargo es necesario puntualizar que aunque a simple vista puede parecer *solamente* un fármaco reconocido por la Agencia Española del Medicamento, y por lo tanto pautado, la diacetilmorfina es un ente que ha ido jugando diferentes papeles según ha ido avanzando el ensayo en sus distintas fases: desde ser la justificación que sustenta el ensayo en sus albores hasta la justificación para el mantenimiento del tratamiento en fase de uso compasivo una vez concluido el tiempo de la experiencia clínica. Esto nos pone en la pista de que la heroína médica adquiere un carácter diferente que la heroína de la calle en base a todo el aparataje asociado a su dispensación como fármaco y también en la posibilidad de abrir un espacio sobre el debate, primero, de las herramientas terapéuticas disponibles, válidas y viables, en segundo lugar de las claves que justifican un tipo de intervención y no otra y, en un tercer momento, sobre el mismo marco de referencia que contiene el par droga/drogodependencia.

3.4.2.3: Enfoques críticos: acciones educativas desde un enfoque de promoción de la autonomía personal.

Un elemento fundamental que no ha pasado desapercibido a la hora de acotar el marco de referencia de los consumos de drogas y su abordaje es la constatación de un vacío que ocupa un espacio relevante en este escenario y que transmite la sensación de chocar con un espacio opaco y sólido. Ese vacío lo abordamos como un reflejo de la carencia informacional por parte de la población en lo que se refiere al consumo de drogas y sus implicaciones como una práctica fruto de una decisión consciente en un marco de factores de riesgo y de protección, de usos y abusos, de datos y mitos. Esto que apuntamos puede parecer contradictorio si nos fijamos en la cantidad de material producido, de acciones desarrolladas y dinero invertido en materia de información pero tal y como reconocen la mayoría de las y los técnicos entrevistados hay determinados espacios a los que la prevención no llega; tanto por las inevitables limitaciones técnicas como por la falta de interés de receptores e interesados.

A lo largo de nuestra deriva investigadora/exploradora por el espacio social *-la calle-* comprobando de qué manera funciona la droga como fenómeno cultural, no hemos podido

evitar apropiarnos de ciertas prácticas antropológicas y dar rienda suelta a la etnografía y al diario de campo personal como herramientas al servicio del investigador para contrastar determinadas ideas en construcción acerca del objeto de estudio y ver, in situ, de qué manera la gente interacciona con y/o hace uso de estas sustancias al tiempo que comparten sus posicionamientos discursivos al respecto. En los años dedicados a la investigación he estado frente a muchas prácticas de consumo en las que no he podido evitar caer en un cierto *voyeurismo* científico, o filia sociológica, y analizar esas situaciones como si de un ejercicio académico se tratase. En uno de estos escenarios de ocio, por ejemplo un festival de música, encontramos el stand de una asociación que ofrecía información acerca de las drogas y su consumo. Encontrar ese recurso en ese lugar nos llamó la atención y decidimos conocer quiénes eran, qué decían y anotar sus datos para consultarlos más detenidamente y comprobar si se podía y procedía incorporar esta experiencia.

El proyecto del que hablamos, Energy Control⁵¹, surge hace diecisiete años como respuesta a una falta de información sobre ciertos temas que no estaban siendo recogidos desde los recursos institucionales consolidados, en ese momento centrados en el objetivo de la reducción del daño y de la abstinencia, y en la actualidad es un área de intervención de la asociación que la impulsara en sus inicios. Esta organización/proyecto/experiencia que se sostiene por el esfuerzo combinado de profesionales y personas voluntarias, y la colaboración y apoyo de diversas instituciones públicas, ha ido consolidándose a lo largo de los años demostrando, durante ese tiempo, la utilidad del abanico de acciones que despliegan en materia de gestión de riesgos y placeres, educación sociosanitaria, formación, asesoramiento o análisis de sustancias.

Acciones e intervención en drogodependencias, usos y abusos, prácticas de riesgo y nuevos consumos, adulteración de sustancias, jóvenes y ocio... Como podemos leer en los materiales que ellos mismos producen, esta asociación parece tener objetivos comunes, o paralelos, al resto de respuestas, recursos y organizaciones que se centran en trabajar en el área de la Prevención. Sin embargo, el punto diferenciador, y por el cual capturamos este

51 www.energycontrol.org. Como venimos señalando, hay páginas de determinadas organizaciones que son fundamentales por la cantidad de información que ofrecen. En el caso de este sitio se puede decir que es una excelente ventana para asomarse a la realidad de los consumos a través de los materiales que suben. Muy interesantes son los folletos informativos y recursos audiovisuales de su mediateca, la sección de análisis de sustancias y el foro que la gente usa como punto de encuentro para compartir dudas y repuestas.

recurso para el marco de referencia, se encuentra en el punto de partida, el enfoque desde el que se posicionan respecto al tema y desde el que diseñan las diferentes acciones que después pondrán en movimiento: una perspectiva que concibe el consumo como el fruto de una decisión personal donde lo que se debe facilitar es que la persona tenga el máximo posible de información veraz sobre lo que significa ese consumo, desde el aspecto más clínico hasta la cuestión más relacional o grupal. Un punto de inflexión a la hora de abrir la mirada y el marco de discusión, pues su propia práctica se sitúa en las maneras, modos y discursos que los consumidores tienen y comparten con estos profesionales, y militantes, y sobre los cuales construyen y perfeccionan su intervención al tiempo que se consolidan como una fuente, pasiva y activa, de información.

3.4.2.4: Las madres contra la droga y la impunidad: memoria viva de una experiencia.

“No hubo respuesta ante la llamada de las que percibíamos el desastre, hasta que éste fue irreversible. Fuimos las madres las que nos anticipamos y percibimos, incluso antes que nuestros propios hijos, como la muerte nos los arrebatara. Y fuimos de los primeros grupos que al unirnos descubrimos lo que estaba pasando, pues no era ni uno ni dos los que estaban muriendo, fue una generación entera.” VV.AA. 2012B: 9.

El último ejemplo a incorporar en este ejercicio de delimitación del marco de referencia es el de las madres de⁵² la droga. La decisión de incorporar esta realidad se debe a que la mayoría de experiencias consultadas parten desde la visión del profesional que da un servicio a un colectivo y veíamos necesario incluir en este mapa de acciones sociales en materia de drogodependencia la mirada de ese “otro lado”, de aquellas personas que han sufrido, directa o indirectamente, los efectos de este problema social con tintes de desastrosa epidemia⁵³.

Llegados a este punto se puede plantear por qué no seleccionar las realidades de los y las familiares de usuarios de estos servicios pues es donde nos estamos centrando como caso

⁵² Ellas mismas, en las charlas y en una distancia corta, reconocen que no son madres contra la droga, sino que son madres que se unieron en un principio contra la droga pero que, al final, se han convertido en madres de la droga porque esa realidad ha sido la que se ha cruzado en la vida de la mayoría de las mujeres que formaron y forman parte de estos colectivos y que transmite esa evolución personal y colectiva vivida a la hora de afrontar este fenómeno.

⁵³ “De aquel equipo solo quedamos tres”. www.lavozdeg Galicia.es/m/noticia/galicia/2015/04/19/equipo-solo-quedamos-tres/0003_201504G19P8992.htm. Artículo que habla sobre la realidad de un grupo de jóvenes de la zona de Vilagarcía de Arousa a raíz de una entrevista con un arrepentido del clan de los Charlines que actuaba en la zona durante los años 80 y 90 del siglo pasado. Consultada el 1 de junio 2015.

práctico para nuestros análisis. La justificación para elegir a unos y posponer a otros se halla, en primera posición, en la dificultad de acceso, formal e informal, a los propios usuarios activos de estos servicios y, por extensión, a su entorno. Y en segundo lugar, la cuestión de la atención a las drogodependencias es una parte relativa tanto de la carrera desviada del sujeto drogodependiente como de la totalidad del debate sobre las drogas. De ahí la propiedad de complementar las lecturas de esos servicios con experiencias que consideramos determinantes para abrir el marco de referencia desde el cual situamos ciertos objetivos e intereses de esta investigación.

Más allá de los límites prácticos y el rigor metodológico, esta decisión viene respalda por la detección tanto en las primeras entrevistas como en conversaciones informales con personas que nos dijeron que en su familia también hubo algún familiar afectado, del elemento del reconocimiento abierto de este hecho y/o de su silencio, o de *encubrimiento* en términos goffmanianos. Esto nos remite al afán por conocer dinámicas de construcción y naturalización de la identidad deteriorada de la persona drogodependiente en base al estigma delincuencia-enfermedad que señalamos a lo largo de la investigación; y también a aquellas lecturas que emergen desde la autoorganización para cuestionar esas imágenes negativas. Miradas que confrontan y complementan ese clima social y enfoque de la opinión pública/da desde que este fenómeno empezara a impactar de forma irreversible en el tejido social español y que provocó un viraje en la construcción del debate/abordaje sobre la droga, de la identidad de las personas drogodependientes y de los posicionamientos sociales al respecto (MARTINEZ REGUERA, E., 1982).

En este contexto, un determinado grupo de personas, reconocibles por su status de madres, decidieron organizarse para encontrar una solución, o una respuesta, a un problema que se estaba cebando⁵⁴ con la gente más joven de los barrios y pelear por que se reconociera a sus hijos como personas de pleno derecho. La primera vivencia a señalar es el caso de las madres contra la droga del barrio de Entrevías, elegida por reflejar un alto nivel de politización y de conocimiento del tema de capas de la población que a simple vista no tienen un perfil militante o profesional. Siguiendo con las casualidades y su influencia en

54 “*Madres contra la Droga protesta por la muerte de 11 personas en el sur de Madrid*”. Noticia aparecida en el periódico El País el 8 de julio de 1987 que refleja una concentración de las madres frente a la casa de una supuesta familia de traficantes para denunciar la muerte de 22 personas en 22 días. www.elpais.com/m/diario/1987/07/08/madrid/552741856_850215.html. Consultada el 27 de mayo de 2015.

este trabajo, durante el desarrollo de la investigación el citado colectivo presentó el libro, *Para que no me olvides*, que resume sus más de veinte años de lucha a pie de calle. Desde aquí evitamos hacer un resumen de una apuesta vital que debe ser conocida de primera mano para que no sea olvidada. Esto que decimos es algo que hemos hecho, *motu proprio*, acudiendo a varias de sus charlas en universidades, centros sociales y parroquias. Y la sensación que se le queda a uno tras terminar de escucharlas no se puede describir: hay que verlas en acción para sentir la energía y el humor que tuvieron y tienen. Sin duda, el libro señalado es una muestra perfecta para abrirse paso en esta experiencia particular definida, de forma radical, por un estilo único que este grupo, en su mayoría mujeres, lleva demostrando durante décadas.

A raíz del acercamiento a este colectivo comenzamos a profundizar, una vez más, en el espectro de respuestas, organizaciones y experiencias situadas en este espacio del *sociograma* y que suelen ser identificadas como críticas, alternativas o marginales; o *ajenas*, *diferentes* u *opuestas*. En esa tarea de definir límites propios y extraños nos fijamos, a modo de complemento de la práctica desplegada por las madres unidas contra la droga, en la vivencia de otro colectivo hermano: *Nais contra Impunidade* o Madres contra la Impunidad. En este caso mantuvimos una serie de correos con el colectivo para concretar unas entrevistas para conocer más de cerca los puntos clave de su lucha anticarcelaria y su labor de denuncia de abusos, pero debido a lo cargado de su agenda, que en 2014 supuso una gira de visibilización de su lucha por toda la geografía española, solo pudimos conocer su visión en dos encuentros que tenían cerrados en Madrid; uno de los cuales pudimos registrar y utilizarlo como material para su posicionamiento en este marco.

Dada la dificultad de encontrar documentación propia y fuentes bibliográficas significativas de la actividad de este grupo, hay que buscar diferentes vías para situar lo que nos están diciendo con su enfoque, su práctica y su crítica: foros y portales, perfiles en redes sociales no masivas, fanzines, charlas. No obstante, la historia de este colectivo puede encarnarse en la propia historia particular de cada uno de los casos de las personas que pertenecen a él; de la misma forma que la historia de la evolución del colectivo tiene ciertos reflejos con el recorrido de otros similares como el ya introducido. El caso más reconocible, que no más

importante como su propia madre dice, es el del gallego Xosé Tarrío González. Preso FIES⁵⁵ durante doce años, entró en la cárcel, tras una juventud en reformatorios, con una condena de dos años y cuatro meses por un delito cometido para conseguir dinero para sostener su adicción. Tarrío acumuló una condena de setenta y un años por su comportamiento dentro de las diferentes cárceles a las que fue traslado y de las que intentó fugarse. La vida de Tarrío, propia de una película de Eloy de La Iglesia o de José Antonio de la Loma -drogas, delito, cárcel, ajustes de cuentas, aislamiento, enfermedad, fugas, motines, coordinadora de presos, violencia, solidaridad- se encargó de recogerla él mismo en su autobiografía *Huye, Hombre, Huye. Diario de un preso FIES* (Tarrío, X., 2008). Este libro, un relato anticarcelario que recoge la denuncia⁵⁶ de una persona que ha pasado media vida en los muros de esas instituciones, constituye su legado tras su trágica muerte en enero de 2005. No obstante, tal y como dice su propia madre, la historia de Tarrío es el caso de uno más de ellas y ellos. Por esa razón y de igual modo que como nos ha sucedido con las Madres contra la Droga, es necesario acercarse a estos espacios donde dan a conocer sus realidades y poder oír de primera mano las diferentes historias de cada una de estas personas y comprender la profundidad y lo complejo de sus biografías, sus casos y su situación.

55 *Fichero de Internos de Especial Seguimiento*. Con esta categoría Instituciones Penitenciarias creó en 1991, una serie de medidas penitenciarias -de control y vigilancia exhaustivos- a aplicar a presos que se encuentran en una situación excepcional tanto por su comportamiento y trayectoria en la cárcel como por el tipo de delito cometido. Un acercamiento descriptivo a las características de este régimen: [www.es.m.wikipedia.org/wiki/Régimen F. I. E. S.](http://www.es.m.wikipedia.org/wiki/Régimen_F.I.E.S.) Por otro lado, somos sensibles a la existencia de lecturas críticas sobre este tipo de medidas disciplinarias y creemos necesario dejar constancia de la necesidad de acudir a diferentes fuentes de información que nos permitan ahondar de pleno en los debates que estas lecturas plantean y que suelen ser rechazadas: sobre la naturaleza del FIES como una cárcel dentro de la cárcel, www.lahaine.org/espana/fies_carcelcarcel.htm, o sobre la continuación de este régimen a pesar de ser declarado de nulo derecho por el Tribunal Supremo en 2009, m.eldiario.es/politica/alfon-FIES_0_78392640.html. Todas consultadas el 1 de junio de 2015.

56 A la persona interesada en esta biografía, decir que existen copias de una entrevista telefónica realizada por Radio Kalimero a un Xosé Tarrío en la cárcel tiempo antes de que este muriese. Las copias suelen ser autoeditadas por colectivos muy específicos, fuera de los circuitos formales, y de ahí que sea necesario señalar una relativa dificultad para acceder a ellas y ofrecer una fuente no física para su consulta.

4. MARCO TEÓRICO:

“Nada es más útil para la intervención que una buena teoría, que permita distanciarse de las demandas inmediatas y romper con el tema tal como aparece planteado por el sentido común, que aquí equivale a decir cosmovisiones dominantes. Ciertamente, ahora estaríamos en condiciones de elaborar un segundo nivel de lectura de todo el tema, que nos permitiría desvelar articulaciones existentes, por ejemplo, entre la existencia de “cruzadas” y empresarios morales y ciertas formas de control social, o los procesos de institucionalización de la asistencia a los drogodependientes con el campo más amplio de las ideologías y las prácticas asistenciales existentes en nuestra sociedad, y los significados que en ella tienen. Pero esto ya sería objeto de otra ponencia.”

ROMANÍ, O., VV. AA., 1993: 78.

Con las palabras con las que cerraba su intervención Oriol Romaní, *“Desfaciendo entuertos: hacia una política distinta en el campo de las drogas”* (VV. AA., 1993), queremos comenzar nuestro marco teórico. Aceptamos el desafío: queremos “facier entuertos”. Este marco no pretende ser una simple exposición de los autores y textos que más nos hayan podido llamar la atención o ser útiles para nuestro propósito. Tampoco pretende ser una discusión acerca de los posicionamientos que éstos, y otros, asumen a partir del fenómeno que tenemos entre manos. De la misma manera que tampoco buscamos realizar la exégesis definitiva que descubra los entresijos teóricos que lleven consigo una reinterpretación profunda de lo dicho por los autores elegidos. Este marco teórico pretende ser la presentación de ciertas pistas que nos han ayudado a generar nuestro propio posicionamiento frente al fenómeno de las drogodependencias y sus múltiples materializaciones como causa, efecto y resultado de determinados operaciones que los diferentes actores sociales ponen en práctica.

Como producto, se trata del reflejo del movimiento realizado en este terreno según nos hemos ido apropiando de los diferentes elementos utilizados para desarrollar este marco teórico. Bajo este punto de vista, el marco teórico se debe tomar como algo vivo. No se trata de una simple presentación estática de formulaciones o reflexiones, aunque éstas queden escritas. Su principal objetivo es hacer de brújula en nuestro movimiento por el campo empírico donde acudimos cotidianamente a poner en contraste aquello que formulamos en la reflexión teórica. Y, además, el marco teórico cumple una función ilustrativa en nuestra labor de divulgación: para aquel que se aproxima a nuestro trabajo, este marco debe presentarse como un conjunto ordenado al que referirse a la hora de establecer unas coordenadas para comprender mejor desde donde hablamos o desde donde nos abalanzamos sobre el objeto de estudio.

Tal y como expone Romaní, y como comprobamos veinte años después de sus palabras, podemos decir que nos encontramos ante la oportunidad de escapar de esa prisa impuesta por el sentido común que impide ir más allá de las demandas inmediatas o los efectos más visibles y superficiales de esta problemática. Las drogodependencias, como venimos diciendo, son algo en constante juego y por ello la excusa perfecta para poner en relieve y apostar por la capacidad de nuestra disciplina para generar otras claves o rutas a transitar en este campo. Si levantamos el foco por encima de todo ese panorama que genera a su alrededor, donde lo que más nos llama la atención es la concreción de la carrera del drogodependiente, la drogodependencia -entendida como ejemplo paradigmático de desviación- es el escenario donde se juegan importantes elementos de orden y control social. Es el campo donde, día a día, se ponen en juego ciertas relaciones de Poder que definen las posiciones de los actores presentes a la vez que generan esquemas interpretativos para abordar este fenómeno. Es por esto que este abanico de aportaciones, de autores en torno a este tema y al de la desviación social -como constante telón de fondo-, pretende facilitar elementos básicos que ayuden a levantar dicho foco (a este nivel de la investigación) y servir como base sobre la cual proyectar toda tarea analítica y práctica.

Nuestro objetivo es explicitar y visibilizar las influencias que mejor pueden reflejar esa ruta de aproximación teórica por la que hemos optado a la hora de meternos de lleno sobre el Fenómeno⁵⁷. Este transecto teórico es el reflejo de la necesidad de poner en suspensión las explicaciones dominantes asentadas para superar los límites definidos⁵⁸ como tales en el estado de la cuestión. Esta forma de actuar, propiamente sociológica (BOURDIEU, P., 2000:

57 Para nosotros el Fenómeno, en mayúsculas, es la Droga entendida como metaconcepto o suma de todas las realidades en torno a este hecho. Las drogodependencias son el fenómeno menor o concreto, como hecho contenido en esa definición más amplia, del cual nos servimos para poder ahondar en esa complejidad sintetizada en una palabra. Sin duda, las nociones aportadas por Jesús Ibáñez, los discursos *de* y *sobre* la droga, nos ayudan a estructurar esa dicotomía existente a la hora de afrontar la droga como un hecho y un indicador social.

58 Para nosotros no existen las barreras, los límites o las fronteras como tal. Creemos que estos elementos de segmentación social se corresponden más con la imagen de una membrana permeable la cual, a pesar de establecerse como “muro”, es posible atravesar tanto de una parte como de la otra. De esta forma las supuestas fronteras no existen como tal sino que son el reflejo de la necesidad de demarcar separaciones en el espacio social. De ahí que nuestra labor, como sociólogos, de cuestionarnos los porqués de dichas segmentaciones.

20-37)⁵⁹, es un paso fundamental para abrir el abanico de lo que se está haciendo y ofrecer otros caminos a transitar, otras alternativas, otras cuestiones a trabajar u otras posibilidades que abran el espacio a prácticas enraizadas y enfocadas en lo social y desde lo social. Como hemos podido constatar en la definición del estado de la cuestión y del marco de referencia, el fenómeno de la Drogodependencia está contenido por un corsé teórico-práctico que frena, obstruye o dosifica otras formas de hacer, decir y pensar que pongan en discusión esas verdades inamovibles que, sobre este terreno, ha conseguido la apuesta política. Sin duda es una labor herética atacar a los dogmas asentados en el seno de una comunidad, pero necesaria para poder hacer emerger todo ese discurso marginal⁶⁰ que no siempre es reconocido por parte de las posiciones dominantes y por ello relegado al papel que se le asigna.

4.1 Abriendo la caja de herramientas.

“Sabed que los problemas de la ciencia social, cuando se formulan adecuadamente, deben comprender inquietudes personales y cuestiones públicas, biografía e historia, y el ámbito de sus intrincadas relaciones. Dentro de ese ámbito ocurren la vida del individuo y la actividad de las sociedades, y dentro de ese ámbito tiene la imaginación sociológica su oportunidad para diferenciar la calidad de la vida humana en nuestro tiempo”

MILLS, C. W., 2000: 236.

“En un hoy tan marcado por fanáticas tomas de partido, si algo parece urgente es una documentación que permita a cada cual reflexionar por sí mismo con algún conocimiento de causa.”

ESCOHOTADO, A., 2002A: 28.

Si hay algo que podemos definir como fundamental en el desarrollo de una investigación, es el preciso momento en el cual hay que delimitar y definir el cuerpo teórico⁶¹ para decidir

⁵⁹ Las páginas señaladas corresponden al capítulo “Una ciencia que molesta”. En ellas el autor comparte ciertas reflexiones acerca de la práctica sociológica y el papel que juega la <<crítica>> en esa tarea de saber y hacer saber la <<verdad>>. Y si bien no nos servimos de las principales aportaciones del autor, esas aportaciones menores o más relacionadas con los entresijos del oficio del sociólogo son fundamentales para orientar el enfoque de este marco y comprender las implicaciones de nuestra práctica.

⁶⁰ Por marginal no nos referimos solamente a los marginados desde el punto de vista de la estratificación social, sino desde el punto de vista de la acción política. Nos referimos a todos esos discursos que, aún estando presentes y siendo parte de la realidad en cuestión (-amiento), no son tenidos en cuenta o no tienen toda la importancia que se les debería dar cuando se trata de sentar el conjunto de normas que afectan a la totalidad de la sociedad.

⁶¹ La cuestión sobre la teoría y la práctica es un debate externo que sirve como elemento organizador –interno- de la investigación desde que ésta comienza a fraguarse. Es decir: qué quiero saber de un hecho social y qué

qué cosas entran dentro de aquello que quieres decir de la Realidad a abordar; pues ésta será la base sobre la cual nos apoyaremos para argumentar y justificar la posición que exponemos. Este posición-arte⁶² es todo un trabajo de “artesanía intelectual” ya que en esta progresiva delimitación del plano teórico exponemos nuestras herramientas, el repertorio que vamos a manejar en cada ocasión, dejando una impronta, a la hora de usarla, que delata el significado que tiene para cada sujeto el hecho de manejar conceptos, nociones e ideas (IBÁÑEZ, J. en GARCÍA FERRANDO, M. IBÁÑEZ, J. y ALVIRA, F. (coord.), 2003: 84). No en vano una investigación, como instrumento de divulgación, es la presentación de los resultados que un sujeto ha obtenido en un determinado campo o sobre un determinado hecho. Entonces, ¿cuánto seremos capaces de hacer ver? Cuando nos planteamos esta reflexión solamente somos capaces de enfocar este trabajo entendiéndolo como el terreno donde se sucede la maduración de la reflexión que el propio sujeto investigador hace sobre sí mismo en el espacio donde se sitúa: “el trabajador intelectual forma su propio yo a medida que trabaja por perfeccionarse en su oficio” (MILLS, C.W., 2000: 206).

Este proceso, la apropiación y uso por parte del sujeto investigador de determinadas ideas - las cogemos del imaginario colectivo como el que recoge fruta de un árbol silvestre- refleja, bajo nuestro punto de vista, una constante a la hora de entender el hecho investigador: cuando queremos poner a prueba una idea no sólo vamos a comprobar cómo -creemos que- se produce sino que, además, lo que se delimita tras este seguir la pista de nuestras propias huellas es el itinerario (más o menos reconocible) que el investigador ha seguido y que concluye, momentáneamente, en una exposición de los resultados que ha obtenido en ese

tengo que hacer para conocerlo y; segundo, cómo voy a aproximarme al fenómeno en su concreción material y cuál es el objeto de hacerlo de esa forma. Sin duda, el encabalgamiento que se produce entre estos dos momentos de un proceso, en este caso, sociológico, es natural y obligado. Señalar que aunque nos refiramos a lo “teórico” y lo “práctico”, lo hacemos por una cuestión práctica/externa: es necesario secuenciar y dar un hilo conductor a los diferentes estadios o etapas de una investigación para que aquel que nos lee tenga la facilidad de ordenar el proceso creativo de aquel que investiga (cuestión interna). Esta cuestión, la linealidad del relato, ha sido y es una constante en/de nuestro hacer sociológico.

Aunque esto que hablamos podría incluirse como una cuestión metodológica, para nosotros tiene mayor pertinencia situar este aspecto dentro de lo teórico puesto que creemos que no (solamente) influye sobre nuestra capacidad a la hora de acudir a recoger información de un hecho basándose en unos objetivos a conseguir, sino que esta cuestión influye en el propio posicionamiento en relación al fenómeno y a toda la investigación en sí. Es un planteamiento que preferimos abordarlo desde las implicaciones que tiene para el sujeto investigador como agente de cambio social.

62 Propio del *bricoleur*: “Lévi-Straus concibió la imagen del pensador como *bricoleur*, como artesano aficionado que convierte un reloj estropeado en una soporte para pipas, una mesa rota en un paraguero, el paraguero en una lámpara y cualquier cosa en otra. [El *bricoleur*] utiliza todo lo que tiene a mano para efectuar todo tipo de transformaciones dentro de un inventario dado de enseres domésticos” (DOUGLAS, M., 1996: 99-100).

en-caminar la investigación. Se trata de un registro de la maduración de aquellos contenidos que el sujeto investigador ha decidido desarrollar durante el tiempo que dura la inmersión en un determinado campo de conocimiento (tanto en el terreno teórico como en el terreno práctico). Una tarea de comprobación de operatividad de las herramientas elaboradas y de resistencia de los materiales utilizados. Es por esto que la tarea de presentar el marco teórico se traduce en una explicación del sentido y la utilidad que cada aportación seleccionada ha tenido para nosotros. Esta exposición nos sirve para hacer ver a aquel que se pregunta acerca de la perspectiva de la cual partimos, aquellos aspectos que nos han sido más útiles para nuestra tarea: mostrar lo que hemos utilizado y de qué manera lo hemos hecho. Más que de un marco teórico, se trata de un manual de instrucciones en el que queremos expresar cómo hemos construido, *ex profeso*, un artefacto para ponerlo a prueba en un determinado espacio.

En torno a la cuestión de qué elementos, ideas, autores, argumentos estructuran nuestro marco teórico nos encontramos en la situación de explicitarlo de una manera sintética y directa que permita tanto al lego como al experto entender desde dónde hablamos y por qué lo hacemos. Sin duda, nuestra labor pretende ir más allá de la mera exposición académica, o disección médica, de los préstamos de los que nos hemos servido para canalizar nuestra reflexión. Aunque la cuestión de la prosa y la pose académica es una constante en nuestro esfuerzo en contestar las 3 preguntas que se nos plantean a la hora de transmitir al que lee los frutos de nuestro trabajo: 1) *¿hasta qué punto es difícil y complicada mi materia?*, 2) *cuando escribo, ¿qué posición es la que deseo para mí?*, y 3) *¿para quién estoy tratando de escribir?* (MILLS, C. W., 2000: 228). No es solamente una cuestión de forma o moda (cómo y qué escribir), sino que es una cuestión, fundamentalmente, de fondo y estilo (por qué y para qué escribir): el reflejo de nuestra promesa con/desde/para nuestra imaginación sociológica. No nos queda otra posibilidad que abrir la puerta e invitar a los visitantes a que accedan a nuestra “casa”.

4.2 Las drogas: introducción a un análisis sociológico de un fenómeno sociocultural.

“Tras milenios de uso festivo, terapéutico y sacramental, los vehículos de ebriedad se convirtieron en una destacada empresa científica, que empezó incomodando a la religión y acabó encolerizando al derecho, mientras comprometía a la economía y tentaba al arte”.

ESCOHOTADO, A., 2002A: 25.

“Ignorancia y alarma juntas contribuyen a dotar al problema de “la droga” de un carácter legendario. Las drogas ilegales nutren hoy algunas de las más importantes leyendas urbanas de nuestro tiempo (...) Cabe preguntarse si esa mitologización y mistificación del fenómeno, promocionada diariamente en los medios de comunicación, no es uno de los aspectos fundamentales del problema”

GAMELLA, J. F., ÁLVAREZ ROLDÁN, A., 1999: XXV.

¿Por dónde comenzar a estudiar un fenómeno tan complejo y lleno de recovecos como es el de la Droga?, ¿de qué elementos puede servirse uno para construir una visión lo más compacta y sólida -concreta- posible pero que le permita ser fluida y extensa -abstracta- al mismo tiempo?, ¿hasta qué punto nuestro planteamiento integra la totalidad de realidades en torno a este fenómeno?, ¿podemos encontrar ciertas regularidades en este campo y llegar a identificarlas con otros aspectos de la sociedad con los que se entrecruza para configurar lo que se nos aceptamos como normal o socialmente esperado?, ¿qué podemos llegar a entender por droga, lucha contra la droga y protección contra la droga?, ¿qué futuro a corto, medio y largo plazo podemos intuir en este terreno desde lo sociológico?, ¿qué es lo que provoca el auge, sostenimiento y caída de ciertos “fármacos”?, ¿cuál es el origen de la palabra droga?, ¿es posible una sociedad sin drogas e imposible una sociedad que sepa convivir con ellas? Dar respuesta a todas estas cuestiones, o siquiera intentarlo, implica un trabajo hercúleo tanto por la complejidad que entrañan las preguntas como por la dificultad que exige dar una respuesta a todo ello por separado y en conjunto. No obstante, según se abre camino, se van acumulando un conjunto de certezas (siempre de carácter temporal y operativo) que sirven como oasis en los que recuperar el aliento en la tarea de cruzar tangencialmente dicho fenómeno. O al menos seccionar nuestra propia mirada sobre el fenómeno.

Si atendemos a la necesidad de encontrar un significado de lo que es la droga, hemos de acudir, irremediabilmente, al propio significado que ha tenido y tiene este concepto en la(s) sociedad(es) que contiene(n) a tal fenómeno, ¿pero cómo hacerlo? Para ello, hemos de

valernos de aportaciones de lo más diversas y recogidas desde los más diversos puntos⁶³. Se trata de una labor recolectora o arqueológica que exige una mirada en trescientos sesenta grados para ser capaces de detectar el “movimiento” allí donde se manifiesta o frutece. Un continuo que nos acompaña allí donde posamos nuestra mirada, ya sea en un libro, una película, un informe, la “confesión” que nos hace un consumidor de drogas mientras está “viajando” o un reportaje sensacionalista cámara en mano. Relatos, pasajes y fragmentos de los que nos servimos para construir un enfoque que, ante todo, sirva para poner en suspensión, o desarticular, toda visión generalizada y generalizable (cosmovisión). El objetivo de hacerlo revela la necesidad de comprender cómo ha sido construida dicha visión para poder profundizar en el sentido último -efectos- que tiene una política, sobre drogas en este caso, en el momento en el que se yergue como moneda de cambio o definición dominante (LAMO DE ESPINOSA, E., 1989: 91-125). Como ejemplo paradigmático de esto que argumentamos citamos la famosa *Volstead Act* o *National Prohibition Act* o Ley Seca y los efectos no esperados que tuvo la lucha -moral- contra el alcohol en la ciudad de Chicago, en específico, y en todo EE.UU⁶⁴. O el conflicto de intereses, tanto internos como externos, que subyacía tras la prohibición y fiscalización del opio en China.

Una vez que se comienza a ahondar en el fenómeno, no sabes con exactitud hasta qué punto el hecho te desborda o por el contrario, y quizás falsamente o temporalmente, parece estar dentro de un espacio abarcable/acotado. De ahí la necesidad de organizarnos, para ser capaces de mantenernos en movimiento dentro de un marco cultural que aumenta al mismo tiempo que se amplía nuestro conocimiento sociológico. Por ello nuestro análisis se

63 Un ejemplo de esa labor es la extensa obra “Historia de las drogas” de Antonio Escohotado (ESCOHOTADO, A., 2002). Tres volúmenes donde el autor profundiza en cuestiones de todo tipo en torno al tema de la droga y sobre la droga. Un libro de consulta básico por su multitud de referencias y por su exhaustividad a la hora de concretar una mirada sobre este campo. Merece la pena mencionar la relación que visibiliza, en el primer tomo, entre droga como “*pharmakon*” (substancia capaz de curar o matar, dependiendo de la dosis y ocasión), chivo expiatorio como “*pharmakos*” (la cura por transferencia del mal sobre otro) y “*pharmakoi*” (la población reservada para los sacrificios humanos en tiempos de calamidades) en función de los dos modelos terapéuticos manejados para la terapéutica y la eliminación de la impureza. ¿Hasta qué punto se modifica nuestra visión del marco general de referencia sobre las drogodependencias a partir de esta reorganización producida por estos tres conceptos? (ESCOHOTADO, A., 2002A: 37-57).

64 La famosa ley recibe el nombre del presidente del Comité Judicial de la Casa Blanca que supervisó su aprobación y su difusión en los Estados Unidos, Andrew Volstead. La Harrison Act se encargaba, por su parte, de regular la fabricación, importación y venta de narcóticos (BECKER, H. S., 1971: 127).

estructura en base a dos polos: uno, cultural, y otro, sociológico⁶⁵. Éstos, influenciados y retroalimentados entre sí, nos sirven para poder observar en qué estado se encuentra esta Realidad de realidades. En el primer conjunto localizamos todas esas contribuciones que, desde los “márgenes”, nos aportan esa mirada “diferente” sobre lo que es la droga y su universo. Con ello no queremos decir que no tenemos en cuenta las aportaciones asentadas o mayoritarias; de hecho nos interesa la literatura que generan los organismos profesionales dedicados a ello. Tampoco queremos enmarcar la figura del drogadicto bajo la imagen romántica del *outsider* o renegado (como producto de consumo de masas), pero comprendemos que para saber qué piensa un desviado, entendido como <<unidad actuante>> (BECKER, H. S., 1971: 159), hay que vivir como ellos⁶⁶ o, al menos, escuchar de primera mano cómo es su día a día: *We accept you, One of us*⁶⁷.

El interés de poner la atención en esos “otros” relatos consiste en buscar esas “otras” presentaciones que sirvan como contrapunto a aquellas que nos son más accesibles o están más difundidas. Pero, ¿todas son válidas y útiles? A priori no podemos dar una respuesta afirmativa puesto que debemos ir integrando todas esas experiencias vitales a nuestro interés investigador y ver de qué manera se enriquece nuestra visión, siempre entendida como un artefacto en constante evolución al cual se le pueden agregar/quitar *gadgets*. Así, somos conscientes de la dificultad que implica reducir todo el proceso interno (del que lee e investiga) a un mero documento expositivo que diga lo que hemos hecho. Sabemos que dejamos un producto -una investigación- que puede ser medido, registrado y evaluado, pero también sabemos que no podemos plasmar en su totalidad esos “saltos” que provocan que dos aspectos a priori desconectados lleguen a unirse.

65 Con el eje sociológico queremos hacer referencia a cómo es vivida una experiencia, mientras que con el polo cultural significamos ese espacio donde se encuentran y acumulan las elaboraciones producidas en torno a dicha experiencia. El primero se centra en los aspectos subjetivos de la acción, mientras que el segundo subraya los esquemas cognitivos que sostienen y organizan dichas interpretaciones.

66 Sirva de ejemplo la inmersión, más allá de la observación participante, que hizo William F. Whyte para la redacción de su “Street Corner Society”.

67 La película *Freaks* o “La parada de los monstruos”, de Tod Browning, es un ejemplo paradigmático al que referirse dentro de lo que podríamos denominar como análisis cultural de la des-adaptación social. Desde aquí, obligamos su visionado y solamente haremos mención a la escena en la cual todas esas criaturas de circo, casi inhumanas, aceptan a la malvada como una más, como una persona que ha cruzado la línea y ya brinda con ellos.

Si somos sinceros, diremos que nuestro enfoque evita radicarse en posiciones prefabricadas y diseñadas, *ex profeso*, para generar una actitud en la opinión pública respecto a este tema: una vez sabemos que *la opinión pública no existe* (BOURDIEU, P., 2000: 220-233) o que la realidad de "El País" no representa más la realidad del país (IBAÑEZ, J., 1994: 204), ¿hacia dónde mirar para encontrar aquello que buscamos?, ¿hasta cuándo y cuánto podemos decir que la opinión pública coincide con la opinión publicada? Sabemos que la droga es un fenómeno vivo y que es vivido (tanto directa como indirectamente) por todo aquel que se encuentra abordado por él. Por ello nos interesa centrarnos en encontrar y localizar esas experiencias que han sido vividas de primera mano y que, además, nos muestren rasgos y miradas que normalmente pasan desapercibidas o son relegadas a la etiqueta de discursos alternativos o marginales al respecto de la situación que estudiamos. Por eso y aunque hayamos acudido a la prensa para ver qué es lo que en sus páginas se nos dice (declaraciones de expresidentes de gobierno a favor de la legalización, la interceptación de cantidades cada vez superiores de drogas, el problema del narco en Méjico, Colombia o Brasil, la decisión de un pueblo de cultivar cannabis para una asociación y poder, de esta forma, pagar la deuda que tiene el ayuntamiento, la salida de la cárcel del mayor narco gallego...), hemos de ir más allá de lo que se nos dice que son las cosas para acudir ahí donde se encuentran otras miradas que se construyen desde la propia subjetividad (o lo vivido) y empezar a cuestionar lo que se nos ofrece como hechos consumados desde los espacios de construcción de opinión pública.

Por otra parte, toda esa información recogida de múltiples puntos debe orientarse hacia y desde una posición concreta que se traduzca en un análisis de la realidad social desde un punto de vista sociológico. Una vez que observamos, recopilamos y situamos las elaboraciones significativas (o posiciones discursivas) que los diferentes actores/agentes hacen de este fenómeno, hemos de estudiarlos desde un punto de vista relacional: ¿de qué manera dichas construcciones emergen, maduran, son usadas, rechazadas y aceptadas por y entre los diferentes agentes que conviven en un espacio social determinado? Si el primer bloque tiene un interés teórico (qué se dice sobre el tema en cuestión), el segundo pretende entender cómo *lo dicho* funciona en el terreno práctico (por qué se dice aquello que se dice). La principal motivación que sustenta este segundo aparatado se ancla en la necesidad de comprender el fenómeno de la droga como una realidad de la que todo el conjunto de la

sociedad toma parte haciendo uso de unas definiciones y no de otras. Aquí optamos por todos esos textos que situados en la realidad que estudiamos, los discursos *sobre* la droga, aportan esa riqueza teórica que nos facilita la labor de definir nuestro enfoque, tanto en el terreno teórico como práctico. Cuestiones como el auge y el declive de ciertas sustancias en nuestro pasado más reciente, visiones que ahondan en la cuestión del tándem droga-salud pública y las formas de gobierno de los sujetos y las poblaciones, la visión sociológica y el papel del sociólogo dentro de los planes de intervención social, experiencias vitales de profesionales que estudian y trabajan dentro de las instituciones... Toda una serie de experiencias y saberes a nuestra disposición que hemos utilizado para configurar nuestro enfoque.

De esta forma, encontramos un horizonte definido en el que unir esos dos polos que hacen que nuestra tarea investigadora avance: poner en el centro de nuestro análisis la cuestión de la droga (-dependencia) para comprobar qué imagen se ofrece de este fenómeno y contrastar si la forma en la cual es presentada (*el problema de la droga*) coincide con la realidad de las drogodependencias o si, por el contrario, dicha presentación pertenece a una lógica, más extensa y extendida (y no por ello más visible), de dominación social a través de la estigmatización de ciertas formas de vida para potenciar, al mismo tiempo, ciertos modelos de adaptación social como “sanos” o “normales” (*la droga como problema*). Así, hemos de ser capaces de encontrar un paso -un “saber caminar”- que nos permita desplazarnos en estas arenas movedizas sin terminar por hundirnos ni acabar ahogados por nuestros propios esfuerzos: un enfoque capaz de ver el fenómeno desde el mayor número de puntos de vista -la droga como cielo e infierno, como panacea y veneno, como pecado y como contacto con lo divino, como soma y como drama-. En definitiva, un aparato teórico-práctico que sirva como instrumento de análisis evidenciando la utilidad del pensamiento sociológico -si es que existe y le pertenece a alguien- con capacidad de impacto en el terreno de las drogas y en la sociedad. Por eso, nuestra actitud debe ir encaminada a detectar y adherir todo elemento susceptible de generar espacios para la reflexión crítica dentro de una perspectiva que ponga en duda las cosmovisiones dominantes que organizan el fenómeno de la forma en que lo hace.

4.3 Una cuestión de principios: La desviación se apoya en la diferencia.

“Nuestro primer propósito es descubrir cómo algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta inconformista y no una conducta conformista”.

MERTON, R. K., 1964: 140.

“Las declaraciones, las parcialidades tácticas, las mentiras impuestas que suponen los juegos de poder y la relaciones de poder: se lo llama de puto, drogadicto o chiflado, y se lo trata en consecuencia”.

BECKER, H. S., 1971:39.

“Los gobernantes necesitan hoy en día una ciencia capaz de racionalizar –en el doble sentido de la palabra- la dominación; capaz al mismo tiempo de reforzar los mecanismos que la aseguran y de legitimarla”.

BOURDIEU, P., 2000: 28.

El estudio de un caso entendido como desviado nos sirve para poder acosar a la propia sociología en su elaboración y aceptación de conceptos tales como desviación, desadaptación, anomia o retraimiento. Este asedio pretende ver cómo tras esas definiciones asentadas-clásicas, lo que encontramos es una descripción limitada o pura⁶⁸ de lo propiamente definido. Una serie elaboraciones parciales que pretenden imponerse como única lectura posible. Realmente una vez que somos conscientes de nuestra entrada en un espacio indeterminado, donde no existe ni arriba ni abajo, donde toda Gran Teoría es puesta en duda una vez que salen a la luz los diferentes *“símbolos de legitimación del amo”* (MILLS, C. W., 2000: 54-67), no podemos dejar de preguntarnos qué es normal y qué no es normal y el papel que jugamos como científicos sociales documentando dicha pugna. No es tan sólo, como se ha dicho habitualmente, una cuestión de aceptación de fines y medios o de rechazo de todo aquello antisocial o en contra de la sociedad que hay en el par individuo/sociedad. El

68 Como reiteramos en nuestra investigación, creemos que los análisis clásicos centrados en el estudio de la adhesión y rechazo de las normas sociales realizan un cuestionamiento de primer nivel: se centran en (la descripción de) cómo los sujetos las aceptan y la rechazan, dejando fuera de ese análisis la cuestión del establecimiento como tal. Este elemento ha sido una pieza clave para dar el salto a un análisis de segundo nivel: plantear la cuestión de la adaptación social a partir del “poder” que tienen los diferentes actores a la hora de establecer un cuerpo común de reglas sociales. Decidimos llamarla como la cuestión relacional. No es simplemente si la gente las acepta o las rechaza, sino saber cómo llega a establecerse como punto o eje de referencia de un grupo o colectivo. Esta reflexión invita a ir más allá de la cuestión del orden y su aceptación, abriendo espacios para ver de qué manera el orden, lo normal, lo socialmente esperado son cuestiones cruzadas, en su raíz, con el poder y el gobierno y gestión de una población.

foco de atención se debe girar, forzosamente, hacia la cuestión sobre la cuestión⁶⁹: ¿qué es lo que subyace tras el fomento de unos medios y unos fines como principios rectores, sobre el papel, de una sociedad?; ese esquema, aunque generalizado, ¿se aplica a todos por igual?; más allá de las elaboraciones “externas” que hacemos los sociólogos, ¿qué elementos subyacen a esta realidad y nos somos capaces de hacer emerger? Como vemos las cosas no dependen de cómo son, sino de cómo son presentadas y cómo son organizadas, subjetivamente, por los individuos. Es decir: qué valor se le da a dichas presentaciones de lo que es la realidad y cómo se consolidan en ese proceso de asentamiento.

A partir de la duda surgida, de ese aceptar o no aceptar las reglas sociales que emanan del conjunto total de la sociedad, nos vemos obligados a dar un paso más allá y seguir los pasos que tomaron otros autores en este ámbito. Unos decidieron buscar la razón de aquella ruptura con los modelos culturales que descansan en el seno social desarrollando la idea de anomia. Esta elaboración, centrada en la disonancia existente entre norma y conducta, asume la idea del individuo desviado como un sujeto incapaz de tomar como propias las normas sociales que están para todos. Esto provoca un conflicto interno que se externaliza como un desarraigo social que puede llegar a cristalizar en una ruptura total de éste con la sociedad. Y aunque esta explicación concede cierta capacidad de acción al sujeto (infractor), creemos que hace una lectura de éste como un elemento estático: incapaz de llevar en su interior un nuevo catálogo de normas y leyes sociales e incapaz de generar otra “estructura normativa” y llevarla con éxito a la realidad; un sujeto dominado por un marco que le sitúa entre la aceptación o el rechazo de la estructura que le circunda. Sin embargo si acudimos a la realidad, esa realidad socialmente construida, veremos que eso no es así en términos generales. Si aceptamos el presupuesto de la construcción social de la realidad veremos que ésta es un proceso colectivo en el cual cada uno de los sujetos implicados pone en juego su lectura significada, o relato, de lo que ella es. Nos encontramos, por lo tanto, en un escenario en constante pulso.

69 Una segunda reflexividad: a la pregunta de, por ejemplo, ¿qué es la sociedad?, debiera seguirle la pregunta de ¿qué es lo que se dice que es la sociedad? Esta segunda cuestión plantea un nuevo escenario ya que si nos limitamos a contestar la primera pregunta aceptamos o rechazamos el repertorio ofrecido para responder (conversa o perversamente), pero al realizar esa segunda cuestión abrimos el espacio para generar otros posicionamientos a la hora de responder, subversos y reversos, que posibilitan acosar al juego social desde otros lados del cuadrilátero, incluso fuera de él. (BOURDIEU, 2000: 114).

Las conductas desviadas no descansan únicamente en la sociedad y en los sujetos. Es en los diversos dispositivos formales, instituciones creadas o asignadas para abordar este fenómeno y que delimitan los espacios entre lo normal y lo desviado -en la teoría y en la práctica-, desde donde se catapultan al resto de la sociedad los diferentes esquemas interpretativos contenidos en su mensaje y su práctica⁷⁰. En este contexto, el sujeto no es más que la superficie donde se anclan estas identidades-señuelo (IBÁÑEZ, J., 1994: 4-5) o esas etiquetas fabricadas *ex profeso* para su reconocimiento tanto propio como ajeno. O en nuestro caso: un sujeto desviado (persona) entendido como un contenedor (arquetipo) donde introducir una identidad concreta -definida y construida durante su trayectoria vital- a la cual atenemos a la hora de interaccionar con él. No se trata de una cuestión de viejos modelos en conflicto con nuevos modelos, sino de reconocer que nos encontramos en un territorio marcado por dinámicas de dominación/apropiación/reelaboración de un proceso social: de unos discursos sobre otros, de unas verdades contra otras verdades, de unos hechos frente a otros; de las reglas que rigen el juego y que se erigen en el juego (BOURDIEU, P., 2000: 114). Una superposición de elementos cruzados que van configurando tanto al propio hecho en sí como al marco de comprensión desde el que aproximarse. En nuestro caso no son (sólo) las faltas, sino las elaboraciones que hacemos de ellas (pecado), desde ellas (pecador) y sobre ellas (perdón).

70 Hay una escena de *Apocalypse Now*, relectura del famoso libro de Joseph Conrad "*El corazón de las tinieblas*", que refleja a la perfección ese estado naturalizado de guerra continua en el que vivimos: En su ascenso por el río (o descenso a los infiernos) nuestro protagonista hace una parada en el último puesto bajo dominio americano donde reina la sensación de caos. Un escenario que tiene que ver más con lo onírico que con lo real: colores intensos que brillan en la oscuridad, gritos, explosiones...se nos ofrece el retrato de una auténtica pesadilla. En su reconocimiento del terreno le sacude el ruido de ametralladora, y observa una escena entre dos soldados. Uno de ellos está parado, mudo, como a la espera, mientras que el otro dispara y grita ("Había enemigos al otro lado, pero me los he cargado", "No, a todos no. Hay uno que se está riendo", le dice el otro). Lo que vemos ante nosotros es que, realmente, es la propia locura de ese soldado, allí abandonado, lo que le hace siga disparando a ese "charlie" que se ríe en la oscuridad. El fuego no cesa hasta que el otro marine, "el cucaracha", acaba con el juego disparando a la oscuridad y diciéndole a su compañero que ya ha terminado con el "Charlie". Acto seguido Martin Sheen, el Capitán Willard, pregunta que quién está al mando, a lo cual le responden: "¿No es usted?". Nuestro protagonista sabe que lo único que queda en ese lugar, donde ellos construyen un puente de noche que el "charlie" lo destruye por el día, es la desesperación. Pero es la única forma en que "los generales pueden decir que hay frente abierto".

A tenor de los resultados producidos por esa guerra sostenida en nuestra historia reciente contra la droga, donde encontramos figuras destacadas como los presidentes Nixon y Reagan, ¿hasta qué punto esa escena refleja la realidad que abordamos cuando definimos a la droga como narcotráfico y se traduce como una cuestión de estado?

Por ello, cada vez que nos acercamos a las concepciones en las que se habla de Salud y Enfermedad en la y de la Sociedad no podemos dejar de preguntarnos quién es el doctor que hace el diagnóstico, cuáles son sus herramientas para ello, cuál es el tratamiento a seguir, quién es el enfermo, cuál es la enfermedad e, incluso, qué se entiende por enfermedad en ese momento. ¿Cuál es el beneficio que se obtiene por esos hechos entendidos como desviados? Si tomamos las pistas que nos ofrece Durkheim, lo desviado debe ser abordado desde una óptica que entienda la desviación como un factor (catalizador) que determina la salud de una sociedad, como un hecho natural que sirve como instrumento -o campo de batalla- para, entre otras cosas, garantizar el respeto de la voluntad general de una comunidad (DURKHEIM, 2000: 124-125). Ni siquiera la colectividad más respetuosa con el código moral es capaz de escapar a esta elaboración:

“Imaginaos una sociedad de santos, un claustro ejemplar y perfecto. En ella no se conocerían los crímenes propiamente dichos, pero las faltas que el vulgo tiene por veniales provocarían el mismo escándalo que origina el delito ordinario en las conciencias ordinarias. Si estas sociedad está dotada del poder de juzgar y castigar, calificará a esos actos de criminales y los tratará como tales.” (Ibíd.; 126).

Una vez introducida la noción acerca de la desviación social como mecanismo de producción de normalidad, o que son generadas al mismo tiempo o dentro de una misma estrategia -ya que el poder es represivo y productivo al mismo tiempo pues produce *ámbitos de objetos y rituales de verdad* (FOUCAULT, M., 2009: 198)-; debemos preguntarnos de qué manera se consolidan las definiciones que presentan los diferentes comportamientos posibles como sanos o mórbidos (BASAGLIA, F. Y BASAGLIA OGNARO, F., 1973: 29). Necesitamos entender cómo unos determinados conceptos estáticos -puesto que son elaboraciones teóricas- funcionan en la vida cotidiana cuando son puestos en juego en un espacio concreto de tal manera que modifican la propia realidad.

Es a la psicología social donde acudimos para apoyarnos y coger prestadas determinadas aportaciones que pueden facilitar la visibilización y concreción de aquellas prácticas⁷¹ que

71 Aquí entendemos por prácticas los diversos esquemas de orientación comportamental prediseñados por el conjunto de instituciones sociales que sustentan la sociedad y que sirven como elementos de referencia a la hora de traducir y comprender, a nivel individual y en el plano psicológico, la información producida al interaccionar en sociedad con otros sujetos.

influyen en la forma de actuar de los sujetos en sus relaciones sociales (tanto formales como informales). Es de vital interés, para profundizar dentro las cuestiones propias de nuestra sociología, acercarnos a los fenómenos sociales desde la perspectiva que nos ofrece esta rama del conocimiento centrada en los aspectos micro de la organización social: cuestiones como las actitudes, el estereotipo, el prejuicio, el estigma, la identidad, el otro generalizado, la interacción social, la lectura que los sujetos hacen de ésta y su comportamiento en base a dicha interpretación, el cara-a-cara, endogrupo y exogrupo, grupo de referencia y pertenencia, rasgos primarios y secundarios...elaboraciones, todas ellas, que se encuentran a mitad de camino entre el pensamiento psicológico y el pensamiento sociológico. Una corriente que ha trabajado en profundidad la cuestión de la categorización social y los efectos e implicaciones, en términos de utilidad, que dicho encapsulamiento social tiene dentro de un grupo social definido.

Creemos necesario ahondar en la cuestión de la desviación social desde un enfoque que prime, o ponga en el centro del análisis, la cuestión de las relaciones sociales y las dinámicas concretas que se producen en el transcurso –o pugna- de la construcción social de la realidad (BOURDIEU, P., 2000: 196). Porque es ahí donde hay que poner el acento, ahí donde se subraya que: *“la desviación social no es una cualidad presente en la conducta misma, sino que surge de la interacción entre la persona que comete el acto y aquellos que reaccionan ante el mismo”* (BECKER, H. S., 1971: 24). Si queremos saber cómo funcionan y cómo se relacionan entre sí los diferentes grupos y actores sociales, hemos de ir más allá de las meras descripciones asépticas, y estáticas, de las diferentes y múltiples situaciones sociales - atravesadas por el poder- en las que (y con las que) nos encontramos. La cuestión del estigma pasa por el etiquetaje y pasa por las relaciones de poder que se generan gracias a esa relación retroactiva: etiqueta quien puede, no quien quiere pues, en el fondo, no es lo que se dice sino cuanta gente llega a decir lo que se quiere que se diga. Es decir: una generalización de la definición social de una situación (LAMO DE ESPINOSA, E., 1989: 130). Una labor ideológica que se juega, y es puesta en juego, en todos los ámbitos de la sociedad y que supone detectar toda articulación “capilar” en que cristalice este omnímodo Poder en el que *“no hay entre las mallas de su red playas de libertades elementales”* (FOUCAULT, M., 2009: 82). De ahí surge la necesidad de generar un aparato, para nosotros un posicionamiento teórico-práctico que guíe nuestra actividad, capaz de trasladar la reflexión

sociológica de largo alcance a los espacios cotidianos de interacción social. Una “palanca” sociológica que haga emerger los posibles elementos velados que limitan el campo de visión de un análisis orientado a la emancipación de los actores implicados para hacerlos protagonistas de sus propias realidades.

4.4. Orden, Poder y Saber: el arte de hacer individuos.

“Sin duda es más inteligente no enfocar globalmente la racionalización de la sociedad o de la cultura, sino más bien analizar el proceso en distintos dominios, cada uno de los cuales reenvía a una experiencia fundamental: la locura, la enfermedad, la muerte, el crimen, la sexualidad, etc”.

FOUCAULT, M. en ÁLVAREZ-URÍA, F., VARELA, J., 1986: 26.

“El sujeto está dividido, ya sea en su interior, ya sea en relación con los demás. Este proceso de división lo convierte en un objeto. La separación entre el loco y el hombre de mente sana, entre el enfermo y el individuo que goza de buena salud, entre el criminal y el <<hombre sensato>> ilustra esta tendencia”

FOUCAULT, M. en ÁLVAREZ-URÍA, F., VARELA, J., 1986:25.

“El examen se halla en el centro de los procedimientos que constituyen el individuo como objeto y efecto de poder, como efecto y objeto de saber”.

FOUCAULT, M., 2009B: 197.

La cuestión del Poder, como pregunta y como realidad, es una constante que podemos encontrar en nuestro pensamiento, pero ¿de qué manera? Para nosotros el Poder es un concepto que sintetiza, en su propia definición, lo que podemos concretar como el arte de organizar y hacer vivir una sociedad, tanto en su conjunto como en sus singularidades. Aunque esta concepción parezca laxa o poco concreta, con ella lo que pretendemos es ahondar en las formas en las cuales una determinada organización con-vive a partir de una serie de esquemas organizacionales que mantienen, al mismo tiempo, ese orden establecido. A partir de esta amplia concepción (el Poder lo es todo, pues todo es Poder) anclada en un plano más teórico o más ambicioso que la propia construcción social de la realidad, podemos comenzar a hacer determinadas especificaciones para poder concretar qué clase de imagen del Poder estamos manejando en nuestro pensamiento. Para ello hemos de servirnos del que, a nuestro entender, mejor ha conseguido localizar y delimitar lo que es el Poder: Michel Foucault.

No nos detendremos en introducir a este autor: su propio recorrido (lo hablado, lo vivido y lo escrito por él) es su mejor presentación⁷². El pensamiento que armó Foucault, su particular “caja de herramientas”, es un ejemplo⁷³ a seguir en la tarea de delimitar cómo y adónde orientar nuestro(s) repertorio(s) de análisis sociológico. Son estas dos cuestiones, desde dónde hablo y de qué estoy hablando, desde donde hemos construido nuestro aparato teórico-práctico, siempre operativo, circunstancial y momentáneo, centrado en los procesos de adaptación y desviación social. Pero, ¿de qué manera podemos amarrar este hecho concreto, la desviación, a un almacén teórico que nos permita visibilizar una “lógica” que, creemos, absorbe y da forma a toda esta complejidad social que existe tras esa etiqueta que usamos los científicos sociales como detentadores de un Saber?

Partimos de un posicionamiento que pone en duda, ya desde el inicio, la definición y la existencia de la desviación como tal (BECKER, H. S., 1971: 19). Creemos que este imperativo, replantear los significados al uso que se hacen en torno a este hecho, se enfoca hacia una comprensión, a través del juego reflexivo propio de la práctica sociológica, del significado profundo que puede llegar a tener esta pauta de comportamiento. De esta necesidad o compromiso, surge la obligación de comprender lo normal⁷⁴ y lo desviado como partes de una misma realidad (diferenciada pero homogeneizadora) y de un mismo hecho (múltiple pero constante). Una misma lógica (totalizante e individualizadora) que recoge y concibe a ambos conceptos (y las fronteras existentes entre ellos) para ponerlos en juego y asentar, a través de las propias prácticas de los sujetos en su interacción, un determinado sustrato

72 No obstante, no nos resistimos a introducir al autor con las palabras de otro; en este caso de Guillermo Rendueles: *“Michel Foucault nos enseñó entonces a pensar desde el límite. Para entender la enfermedad mental de otro modo era necesario prescindir de la psiquiatría, la sociología o la historia, esto es, de los pseudosaberes que hasta entonces habían falseado el par de conceptos demencia-normalidad. Los textos foucaultianos sobre la locura (...) revelaron una tradición de violencia sobre los enfermos y de disciplina de los sanos que emparentaba a los psiquiatras con los agentes del orden y alejaba su práctica de su medicina científica”*. (RENDUELES G. en CASTEL R., RENDUELES G., DONZELOT J., 2006: 38).

73 *“Esas ideas que ya no estremecerán el mundo”*, artículo de Jesús Ibáñez sobre la muerte de Michel Foucault en el que refleja ese compromiso adquirido con el pensamiento del filósofo francés y el significado profundo de materializarlo. http://elpais.com/diario/1984/06/27/cultura/457135205_850215.html. Consultado el 30 de agosto de 2015.

74 Hemos de atender a la definición que Foucault da acerca de lo normal: *“una instancia impuesta a todos por vía autoritaria”* (FOUCAULT, M., 1984: 21).

sobre el cual ordenar todo el conjunto social a partir de esos binomios o categorías de pares de opuestos⁷⁵.

Ahora, ¿de qué manera nos ayuda lo d-escrito por Foucault? El impulso que el francés nos da se produce tanto de forma transversal como longitudinal. Una sola frase suya puede traducirse en la chispa que sirve para ampliar nuestro campo de visión del fenómeno de la misma manera que podemos acudir a varias de sus obras escritas para ver cómo desglosa y visibiliza, a lo largo de su vida, las operaciones que se aplican o funcionan en determinados espacios de la sociedad. Y, sin duda, es en la cuestión de las drogodependencias y su comprensión, dominio casi exclusivo de los gobiernos, donde tenemos un campo abonado de multitud de dispositivos, de procedimientos, de categorías/fronteras, de poderes, de elaboraciones que se han entrecruzado para dar una determinada cultura: una cultura de la gestión de la drogodependencia como problema. ¿Pero cómo podemos caracterizarla?

Para nosotros el poder no es algo concreto, sino que se trata de una serie de acumulaciones, de sucesiones, de encabalgamientos, de influencias y aportaciones de, desde y entre diferentes tipos de poderes (psiquiátrico, disciplinario, biológico, pastoral...) que se ponen a funcionar en el seno de la sociedad, pero de forma diseminada, para extraer de la población a la que ha objetivado para poder estudiarla, información que sirva para contrastar - registrando y archivando información- de qué forma se desenvuelve dicha población en un determinado contexto. “El nacimiento de la clínica”, “La vida de los hombres infames”, “Vigilar y castigar”, “Las palabras y la cosas”, “Yo, Pierre Rivière...”, “Tecnologías del Yo”, “El poder psiquiátrico”, “Seguridad, territorio, población”, “El uso de los placeres”... son útiles que nos han ayudado a situar el proceso de sincronización existente entre una concepción de alto rango, teoría del poder, y un campo, o subcampo, específico donde se genera una actividad (la intervención en drogodependencias) tanto con una población específica como con la Población en su conjunto.

Como hemos dicho nos interesa conocer de qué forma se desenvuelve la práctica institucional encargada de ofrecer una respuesta en materia de drogodependencias. Conscientes de que esta práctica se basa en determinados modelos propuestos y/o

75 Otra cosa es que eso suceda así.

refrendados por una serie de Saberes⁷⁶, como el psicológico, el médico o el psiquiátrico, hemos de acudir a las cosmovisiones a las que se adhieren y que definen el “estilo” de su aparato de intervención, estandarizado pero personalizado según el tipo de caso. La intención de ello es desvelar ciertas dinámicas que existen en su funcionamiento y que, al calor de lo aprehendido de Foucault, están ahí por un motivo. Aunque defendamos que la desviación no existe como tal, sino que es una etiqueta que se naturaliza⁷⁷ en la interacción social, debemos plantear un escenario donde la desviación⁷⁸ se define por ser ese espacio donde la sociedad aplica con más vigor, o exclusivamente, determinados procesos de re-socialización de los sujetos definidos como tal. Detrás de esta afirmación lo que circula es la necesidad de plantear si existe una concepción del sujeto desviado como deudor: éste adquiere una deuda, <<Schuld>> (NIETZSCHE, F., 1994: 71), que debe ser reparada; al mismo tiempo que funciona como ejemplo para el resto del conjunto de la sociedad pues se le otorgan los rasgos asociados a aquel que ha cometido una infracción.

No es tarea fácil encontrar el punto desde donde abrirse camino en un campo de minas, trincheras y tierras de nadie como es el de la droga. Para nosotros la droga es un campo de batalla con muchos frentes abiertos y donde, al mismo tiempo, se libra una guerra silenciosa para conseguir unos determinados resultados en torno a la cuestión de la relación entre el sujeto, su propia capacidad de gobernarse y su posición como miembro de una sociedad. La cuestión de la salud pública corta por entero esta realidad y nos sirve de ejemplo visible de cómo se produce una elaboración de un fenómeno definido como “delito sin víctima” (LAMO DE ESPINOSA, E. 1989). Es en este espacio donde encontramos esa supuesta contradicción, entre la intervención de los poderes públicos y necesidad de promover la autonomía del sujeto, que ilustra ese doble proceso de poder explícito en la sociedad y poder diseminado en cada individualidad, entre esa necesidad de dotar de más libertad a los individuos pero amarrándolos a una identidad concreta definida por los rasgos que la dotan

76 A su vez formados por diferentes discursos con vocación de verdad.

77 “Los fenómenos de naturalización consisten, por lo tanto, en procesos estereotípicos de atribución técnica que suelen ser desarrollados por todo tipo de glosadores –desde gente corriente o meros publicistas aficionados hasta científicos profesionales– para justificar el trato discriminatorio padecido por los grupos e individuos estigmatizados”. (GONZÁLEZ, R., LOZANO, B., CASTIEN, J. I., 2008: 13).

78 O la patologización de ciertos comportamientos.

de contenido. Estas identidades totales⁷⁹, puesto que vienen dadas a partir de un estigma que pesa sobre el sujeto, son el engranaje sobre el que gira todo proceso de adaptación social ya que sirven como ejemplo, que se reprime y se fomenta, sobre el cual constituir un cuerpo de instituciones que controlan a una población y a la Población.

A pesar de poder identificar una profusión de tipos de poderes en infinidad de lugares diseminados y localizados por todo el cuerpo social, creemos pertinente centrarnos en visibilizar ciertos procesos que discurren en el marco de referencia al que nos ajustamos: la relación existente entre los fundamentos que sustentan toda operación de modelaje social (orientadas a conseguir aquello que se proponen) y las formas en las que se materializa. Por ello centramos nuestra mirada en la elaboración que los aparatos de intervención en drogodependencias hacen de su propia actividad a la hora de poner en práctica una respuesta a un problema social: para poder comprobar cómo detrás de un recurso, en este caso local, existe una lógica que ratifica el posicionamiento ¿ideológico? de aquellos que se dedican a esta actividad. En este caso, durante el desarrollo de nuestra investigación hemos podido identificar algunas orientaciones que, pensamos o intuimos, se pueden asociar a un cierto tipo de poder pastoral aplicado a este campo que, aparte de brindar una “redención” a aquel que ha cruzado un límite, ofrece todo un marco de justificación sobre el que asentar las razones de lo que se hace (en términos de políticas públicas).

Si concebimos al drogodependiente como una carrera que sigue un individuo en su trayectoria vital, hemos de preguntarnos⁸⁰ cómo es su tránsito dentro de las diferentes instituciones por las que pasa o en las y con las que interacciona. Además de esto, hemos de comprender qué utilidad encuentran estas instituciones a estos sujetos. Esta doble necesidad viene satisfecha, precisamente, en el momento en el que ambos elementos, usuario e institución, se encuentran en el servicio que ofrece uno y demanda el otro. Sin embargo, para reconocer con exactitud cómo es esa relación y cómo se asienta a un tiempo,

⁷⁹ La figura del Drogodependiente y del drogodependiente. Una englobaría el estereotipo social (yonki) y la segunda por su parte la identidad individual, concreta a un consumidor. La concretización de cada uno de ellos y la influencia recíproca que tienen serán ideas que desarrollaremos más adelante (historia natural del estigma y carrera moral del estigmatizado). Aquí nos interesa saber si es posible trasladar algunas características de las que marcó Goffman sobre las instituciones totales a un análisis de la Sociedad y el papel que juegan los procesos de (construcción de la) identidad.

⁸⁰ Otra cosa es decidir a quién corresponde decir cómo es.

a un lugar y a una cultura, debemos comprender el papel que desarrolla cada uno de ellos dentro de esta dinámica. Porque es ahí, donde se inscriben y en los métodos de los que se valen, donde se hacen más visibles las relaciones de poder (FOUCAULT, M. en ÁLVAREZ-URÍA, F. y VARELA, J., 1986: 29).

¿Cómo es un consumidor de drogas?, ¿qué elementos podemos aislar para diferenciar los posibles perfiles de consumidores?, ¿cómo consumen y qué relación tienen con las drogas?, ¿qué papel cumplen las instancias de intervención social en la trayectoria del sujeto desviado?, ¿mediante qué clases de giros se consigue que el individuo rompa con esa espiral? Estas son algunas preguntas que emergen a la hora de analizar lo que sucede “dentro” de estos espacios. Más allá de las diferentes categorías y subcategorías que emanan de la práctica cotidiana de la aplicación de un método, nos interesa conocer el estilo que fundamenta esa práctica. Es aquí, en la práctica concreta que se realiza sobre los consumidores de drogas, donde encontramos el reflejo de aquello que se entiende por pastoral cristiana o tecnología pastoral (FOUCAULT, M., 2002). Foucault delimita tres características que fundamentan este tipo particular de poder: a) su objetivo final es asegurar la salvación de los individuos en el otro mundo; b) no es un poder que sólo ordena, debe estar dispuesto a sacrificarse por la vida y salvación del rebaño; c) no se preocupa solamente del conjunto de la comunidad, sino de cada individuo particular durante toda su vida. A partir de estos rasgos de este tipo de poder, Foucault nos explica cómo se extendió este tipo de poder en las estructuras del Estado Moderno, asumiendo algunas de sus características, modificando otras y abriendo nuevos espacios para desarrollar ese tipo de poder (FOUCAULT, M., 2005: 67-92). En nuestra necesidad de caracterizar las respuestas ofrecidas por los agentes consolidados en el campo de la intervención en drogodependencias, hemos encontrado ciertos rasgos desplegados que podrían tener su

reflejo con estos elementos de la pastoral⁸¹ aquí lanzados y que van más allá de la práctica en estos espacios⁸²:

“La confesión⁸³ es introducida por la Inquisición en los ritos judiciales y de ella pasa a los tribunales laicos. En un contexto laico pasa de los ritos judiciales a las técnicas científicas: invade la pedagogía y la medicina, pero también la vida cotidiana”. (FOUCAULT, M. en VALLÉS, M. S., 2007: 182).

Es en este momento, en los procesos de intervención en drogodependencias –y todo su abanico de oferta universal e indicada-, donde los discursos que naturalizan la posición desde donde se opera (lo normativo, lo biológico, lo médico) encajan con la realidad problemática que autoriza y legitima la apuesta tomada al respecto. Y aunque subrayemos constantemente la centralidad de estos agentes y estas dinámicas como principales motores del mantenimiento del fenómeno en un determinado contorno, hemos de ahondar en cómo la sociedad, en términos generales, elabora respuestas sobre el problema en juego y cómo los miembros de una sociedad asumen determinadas actitudes y aplican determinados repertorios a la hora de enfrentarse a este hecho, tanto a los consumos como a la existencia de consumo.

81 Pecado-pecador-culpa-deuda-confesión-perdón-redención-conversión... son figuras en las que concretar el poder pastoral (y la carrera del sujeto desviado). Estos conceptos se ven reflejados por entero, o en gran medida, en la respuesta que se ofrece como tal tanto en los despachos como en terreno; pues ambas parten de un posicionamiento ideológico/moral definido. Sin duda no podemos obviar la relación existente entre el monopolio de la salvación de las almas y el monopolio de la adaptación (reinserción) social.

82 Nuestro interés en estudiar los procesos en los que se concretiza la intervención con una población específica, drogodependiente(s), nos sirve para ver qué operaciones se dan en estos espacios y comprender de qué manera dichas prácticas se aplican igualmente en el conjunto total de la sociedad. Y a la inversa.

83 Hay que aclarar que cuando hablamos de la confesión no pretendemos que la persona lectora asocie esta idea hacia la Inquisición (del latín *inquirere*, preguntar hacia dentro) y sus prácticas. Lo que nos interesa es abrir una ventana, delimitada por el marco que define esta idea, para observar si ciertos rasgos de este tipo de poder se encuentran en las prácticas de aquellos que trabajan y trabajamos en el campo de la intervención social. De esta manera, nos preguntamos qué papel ocupan lo discursivo y lo dialógico tanto en un proceso de reinserción social como en la construcción del sujeto desviado (confitentes y pertinaces). Es decir de qué manera se genera y se ancla la verdad en el propio cuerpo del sujeto.

4.5. La figura del yonki: deshaciendo identidades aberrantes.

“Todos los grupos sociales crean reglas y, en ciertos momentos y en determinadas circunstancias, intentan imponerlas. Las reglas sociales definen ciertas situaciones y los tipos de comportamiento apropiados para las mismas, prescribiendo algunas actuaciones como <<correctas>> y prohibiendo otras como <<incorrectas>>. Cuando se impone una regla, la persona de quien se cree que la haya quebrantado puede ser vista por los demás como un tipo especial de individuo, alguien de quien no se puede esperar que viva de acuerdo con las reglas acordadas por el resto del grupo. Se lo considera un marginal”

BECKER, H. S., 1971: 13.

“El manejo del estigma es un vástago de algo básico en la sociedad: la estereotipia o el “recorte” de nuestras expectativas normativas referentes a la conducta y el carácter; la estereotipia está clásicamente reservada (...) para aquellos que caen dentro de categorías sumamente amplias y que pueden ser extrañas para nosotros”

GOFFMAN, E., 2003: 67.

“Hace siglos que se viene diciendo: la cárcel fracasa, ya que fabrica delincuentes. Yo diría más bien: la cárcel funciona, ya que es lo que se le pide”.

FOUCAULT, M., en Le Monde 21 de febrero 1975.

¿De qué manera o mediante qué operaciones consigue asentarse una definición dada de una realidad concreta?, ¿de qué forma interiorizan los individuos dichas presentaciones?, ¿cómo se consolida una determinada política orientada hacia lo social?; a la hora de entender lo que es noticia ¿qué hechos son deliberadamente pasados por alto y cuáles están sobredimensionados?, ¿por qué hay hechos que son dignos de ser tratados y otros son relegados al cajón de los tabúes?; ¿qué características son decisivas a la hora de acotar una tipología de consumidores de drogas?, ¿desde dónde se emiten esas definiciones y quiénes las despliegan?, ¿qué características son iguales para todos (los consumidores) y cuáles son las que les diferencian?; ¿cuánto conoce o qué conocimiento posee la gente sobre este fenómeno?, ¿quiénes son los <<sabios>> y quiénes los <<novicios>> en este territorio?, ¿qué papel juegan los expertos en drogodependencias?; ¿qué estrategias despliegan los menores para conseguir alcohol?, ¿qué y cuánto saben las personas que llevan una trayectoria de 40 años de con-vivencia con/en “la droga”?, ¿qué mitos siguen vigentes y cuáles han caído?, ¿existen otros nuevos o son los mismos pero actualizados y adaptados al “nuevo” escenario?, ¿de qué forma, para qué y en qué contexto utilizan las personas el gran abanico de sustancias existentes?, ¿cuáles son las razones/factores que estimulan a las personas a consumirlas –riesgo- y cuáles son las que lo evitan –protección-?, ¿hasta qué punto la

drogadicción es causa y/o efecto de exclusión social?, ¿cuándo y cuánto podemos decir que un (ex)drogodependiente está totalmente integrado?, ¿se puede salir definitivamente de ese mundo?, ¿hasta qué punto el individuo estigmatizado queda reducido a ser un mero consumidor/usuario de sustancias y de servicios?, ¿hasta qué punto o de quién depende dar una respuesta a este problema?, ¿cuáles son las actuaciones que se deben apoyar con más vigor?, ¿cómo influyen esas operaciones en la vida de los sujetos que acceden, y de los que no, a los diversos recursos ofertados?, ¿qué rol desempeñan los drogodependientes en estos y otros espacios?

Si anteriormente hemos hecho hincapié en cómo las relaciones sociales se estructuran a partir de una serie de pautas y normas que se ofrecen como repertorio al que acudir a la hora de orientar nuestros comportamientos y los ajenos, lo que ahora pretendemos, con todas esas preguntas aquí lanzadas, es cuestionar cómo esas relaciones sociales dan solidez y coherencia a dichos patrones de orientación: comprobar⁸⁴ de qué manera los procesos de categorización social, y las que etiquetas que de ellos se desprenden, se consolidan en los diferentes momentos de la interacción social.

4.5.1. Entre el yonki y el usuario: el drogodependiente como ejemplo de carrera desviada.

“Y una categoría de drogadictos, los “callejeros” atrapados por el consumo de heroína (si es heroína lo que consumen), son el paradigma social del drogadicto, focalizando en ellos la imagen social de la droga y la denominada problemática de la droga. Pero no son sino una parte, pequeña, aunque espectacular, de la drogadicción y no hay que confundir la realidad de la drogadicción con este colectivo”.

ELZO, J. en VV.AA., 1993: 38.

Como ya hemos dicho con anterioridad, nos atrae de forma poderosa la figura del yonki. Esta palabra, prestada del inglés *junkie*⁸⁵, consigue condensar en su interior todo un

84 Cuando decimos comprobar no queremos exponer lo que hemos encontrado en nuestra investigación en concreto. Nos interesa subrayar, a partir de nuestra propia experiencia vital y profesional, la necesidad de asentar una perspectiva que parta desde los planteamientos que en este marco teórico estamos situando (o en los que nos queremos situar o desde los que nos situamos).

85 *Junk*: Basura, escoria. Término con el que se designa, tradicionalmente, al consumidor adicto a la heroína. En la actualidad esta palabra designa a toda persona que tiene una obsesión o necesidad compulsiva de algo. Incluso las comidas procesadas y cargadas de grasas saturadas, típicas de las franquicias de comida rápida, se las cataloga como *junk food*.

imaginario colectivo al cual hacer referencia a la hora de entender el significado que tiene el/lo designado con ese concepto o categoría social. El interés de servirnos de esta imagen radica en comprender cómo se utiliza cotidianamente para enmarcar, acotar y reducir a un espacio reconocible un fenómeno complejo dominado por sus aparentes desconexiones internas⁸⁶. Así pensamos que el yonki, tanto como concepto como identidad anclada en una persona, se traduce en un paroxismo e hipérbole de la violencia⁸⁷. Aunque en nuestro trabajo de campo hemos acudido a profesionales con un perfil específico para conocer la visión “experta” del asunto, nuestro estudio se centra en delimitar las formas en las cuales determinadas identidades, sobre todo aquellas marcadas por la estereotipia y el estigma, se diseminan por todos los niveles del cuerpo social para ser recogidas por los sujetos en su socialización. Ahora, ¿de qué manera se despliegan?, ¿cómo son puestos “en acción”?, ¿de qué manera se maneja esta categoría –social- en los procesos de etiquetaje social?

La razón de centrarnos en el estigma, y en su capacidad dinámica o relacional, se debe a que éste se localiza y se pone en práctica, fundamentalmente, en lo que podemos denominar como vida pública (GOFFMAN, E., 2003: 67). Es en estos espacios donde los sujetos ponen en juego diversas estrategias para reconocer a las personas, sobre todo las desconocidas o no cercanas, con las que interacciona en su vida cotidiana. Sin embargo, esa identidad ¿es real o virtual?, ¿hemos de dar más importancia al carácter que le atribuimos a partir de la apariencia que nos da el que tenemos frente a nosotros o, por el contrario, debemos descifrar los rasgos y atributos -no siempre visibles- que le pertenecen y con los que se identifica?, ¿cómo construyen los sujetos su <<biografía>>?, ¿cómo influyen la identidad social y la identidad personal en esa construcción?, ¿qué operaciones realizan los

86 La drogodependencia como escenario donde situar a la Droga y todo análisis en torno a ella. En un contexto cada vez más marcado por los procesos de globalización, podemos comprobar como ciertos elementos que parecían aislados están íntimamente relacionados. Por ejemplo: ¿de qué manera influye la demanda interna de determinadas sustancias en un país en la población de los países exportadores?

87 Ante todo hemos de aclarar que para nosotros el estereotipo del yonki es una suma de imágenes en movimiento diseminadas por todo el cuerpo social. Yendo más allá de la imagen bobalicona con la que suele presentarse en la cultura de masas actual, el rasgo/atributo que más nos llama la atención es la tendencia a asociar la droga a la violencia, en nuestro caso a través de la heroína. Podemos marcar diferentes grados de intensidad, malos viajes y sobredosis, y diferentes campos donde se aplica, individual y social, dicha violencia (enfermedad/delito). ¿De qué manera esa definición de la droga, agarrada a un momento histórico concreto y determinados efectos (negativos o “no esperados”), sigue estando presente?

desacreditables para ocultar esos rasgos que pueden presentarlo como desacreditado?, ¿quién desacredita, de qué elementos se sirve para hacerlo y qué lo legitima?, ¿existen procesos de autosegregación o de separación consciente e intencional de la sociedad - desviación secundaria-?, si sabemos que un sujeto puede formar parte de varios grupos o poseedor de múltiples roles al mismo tiempo, ¿qué papel desempeña la ambivalencia y el conflicto de roles dentro de los procesos de adaptación social?... Tras esta reflexión anclada en lo sociológico, lo que perseguimos es responder a las preguntas que se plantean (1) *cómo afecta el estigma al sujeto desacreditado*, (2) *cómo influye una intervención psicosociológica en el sujeto* y si, al mismo tiempo, (3) *se está trabajando “terapéuticamente” sobre el propio estigma o noción de drogodependiente* (SAIZ GALDÓS, J. en GONZÁLEZ, R., LOZANO, B., CASTIÉN, J.I., 2008; 212-213). Saber cómo se siente el drogodependiente, al menos, en dos sentidos: de qué manera influyen determinadas categorías en las formas de interacción y adaptación social y cómo se siente aquel que es percibido y definido como tal.

Es necesario aproximarse al drogodependiente desde un punto de vista que considere una lectura de este hecho histórico como una construcción cultural, como un recurso al que se acude para descifrar el significado que tiene un comportamiento social sustentado en ciertos sujetos y como una identidad dotada de unos determinados rasgos (primarios y secundarios) que atribuimos a quienes creemos que se corresponden con ese estereotipo. Ceñirnos a este espacio, la droga como un fenómeno cultural, nos permite comprobar las “respuestas”⁸⁸ que la sociedad genera, ha generado y está por generar, al desafío planteado por la cuestión de qué es la droga. De esto, se desprende nuestro interés en estudiar al yonki como una imagen concreta, surgida en un momento específico, desde la cual se ha ido estructurando toda una serie de dispositivos centrados en decir qué es un drogodependiente y, a la vez, llenar de contenido y de sentido a la respuesta formal enunciada en ese registro de una población/comportamiento definida como desviada (el drogodependiente es).

Si atendemos a la “historia natural”⁸⁹ del estigma del yonki que se maneja en la actualidad podemos localizar dos definiciones o imágenes⁹⁰ diferenciadas entre sí pero mutuamente

88 Definiciones, etiquetas, categorías, actitudes, usos, consumos, leyes, protocolos, catálogos, escalas, noticias...

89 Erving Goffman diferencia entre dos tipos de historia natural: aquella que corresponde a la propia deriva de un determinado estigma o rasgo y su capacidad de segregación -origen, maduración, decadencia, latencia,

influenciadas. Por una parte tenemos la imagen del yonki como toxicómano, portador de todos esos rasgos negativos tales como delincuente, marginal, peligroso, al que se le asocian a rasgos contraculturales de ruptura con la sociedad. Por el otro, nos situamos frente al yonki como drogodependiente cuya imagen se constituye a partir de unos rasgos centrados en la enfermedad, en su falta de autocontrol o en la adicción, que acaban por constituir una identidad de sujeto necesitado de ayuda. Yendo más allá de las incursiones posibles a hacer en torno a la construcción histórica del peligroso social (adicto a las drogas), lo particular del yonki lo encontramos en presentarse como un estereotipo/filtro por el cual pasa toda persona susceptible de ser identificada con dicha identidad deteriorada. Pero ¿esto es realmente así?, ¿existe una imagen irrefutable del drogodependiente o podemos hablar de la existencia de unos determinados mecanismos que asocian a dichas definiciones/etiquetas a ciertas formas de des-adaptación social?, ¿de qué manera o hasta qué punto lo enunciado por Thomas, en su *self-fulfilling prophecy*, explica lo que sucede en el campo (de juego) de las drogodependencias?

Toda esta ebullición reflexiva se orienta a comprender de qué manera la trayectoria vital, o carrera moral, del sujeto drogodependiente viene marcada por las múltiples interacciones que cotidiana y longitudinalmente tienen ellos con nosotros y viceversa. Es necesario profundizar en un análisis que se centre en delimitar las diferentes características y rasgos que destacan en una interacción entre, al menos, dos sujetos. A través de ese registro podemos ir captando las estrategias y repertorios que los actores despliegan en los momentos y los espacios de interacción. De esta forma podremos comprobar la cantidad de elementos y herramientas que los sujetos tienen a su disposición para presentar aquello que son y aquello que quieren decir, conocer en qué términos se desenvuelve el juego social y ver cómo los diversos actores ponen en marcha sus roles o papeles sociales según los

desaparición-. Y por otro lado señala el recorrido que hace una persona o la categoría de personas estigmatizadas en su socialización. La carrera del estigma y la carrera moral (GOFFMAN, E., 2003: 45-55).

90 Tras más de 30 años de convivencia con la droga como forma de o complemento para el ocio, podemos decir que la sociedad, en términos generales, diferencia entre el yonki, el drogodependiente y el sujeto que experimenta o el consumidor esporádico. Sin embargo eso no quiere decir que el conjunto de la sociedad, en general y en sus individualidades, se comporte de igual o de diferente manera según interaccione con uno u otro. Para algunos no existe diferencia entre ellos, para otros sí. Incluso existe gente que no reconoce dichas categorías.

espacios donde se encuentren. Así podremos observar cómo son las relaciones -endo y exogrupales- de los drogodependientes, cómo son las elaboraciones que hacen los <<squares>> (BECKER, H. S., 1971), o el auditorio, acerca de un hecho del que son profanos y rescatar cómo se va articulando una determinada definición de la realidad que contiene a todos los sujetos dentro de unos límites abarcables.

Nuestra preocupación se centra en conocer las formas en las que los individuos se desarrollan en sociedad, cómo construyen su identidad y cómo dan sentido a sus propias trayectorias. No nos detendremos a cuestionar en profundidad el significado que tiene concebir la identidad personal como producto de la combinación de dinámicas internas y externas, individuales y sociales, psicológicas y sociológicas. Nos interesa saber qué es lo que hace que un determinado grupo de individuos posea, desarrolle y mantenga una identidad deteriorada construida a partir de una serie de atributos -negativos- que preceden al resto de rasgos que componen su carácter. En un espacio marcado por el debate en torno al peso que tiene lo individual y lo social a la hora de dar una respuesta al problema, hemos de recoger las significaciones que cristalizan en la sociedad para comprobar de qué manera se ha reaccionado a ese conflicto: qué queda de esa imagen del yonki y qué características se asocian a la imagen del usuario de recursos en drogodependencias.

4.6. Entre la alta costura y el estigma social: una cuestión de etiqueta y poder.

“Debido a que el cuerpo fue “subjetivizado” –esto es, la función sujeto se fijó en él-, a que fue psicologizado, a que fue normalizado, resultó posible la aparición del individuo, y con referencia a ello se puede hablar, se pueden emitir discursos, se puede intentar fundar ciencias”

FOUCAULT, M., 2005: 68.

“No se trata de una respuesta técnica a un problema para especialistas, sino más bien de una estrategia defensiva, destinada a mantener todos los niveles del status quo. La ciencia, en este caso cumple con su misión suministrando clasificaciones y etiquetas que permitan la neta separación entre norma y anormalidad”

BASAGLIA, F., BASAGLIA OGNARO, F., 1973: 16.

“Es un hecho interesante que la mayor parte de la investigación y la especulación científica sobre la desviación se dedica a las personas que quebrantan las reglas, más que a aquellos que las crean y las imponen.”

BECKER H. S., 1971: 151.

“La firma, la etiqueta, es una marca que cambia, no la naturaleza material, sino la naturaleza social del objeto”

BOURDIEU, P., 2000: 203.

La razón de incluir este apartado surge de la necesidad de evidenciar el cruce de caminos que ante nosotros se ha presentado a la hora de cuestionar-nos qué es ser drogodependiente, quién dice lo que es serlo y qué elementos se despliegan en esa identificación. Esta encrucijada marca el momento en el cual nos proponemos entender de qué manera los diversos espacios, relaciones y actores (formales e informales) se engranan para dar coherencia (y/o discutirla) a las definiciones que se asientan en los procesos de etiquetaje a la vez que éstos vienen legitimados (o cuestionados) al ser usadas (o descartadas) tales definiciones ya sea a nivel individual o social. Por eso marcamos, en el título del epígrafe, dos de los aspectos fundamentales que han dado forma a nuestro marco teórico: la desviación social analizada desde el punto de vista del etiquetaje social y el poder entendido como la capacidad de generar identidades y aplicarlas sobre ciertos sujetos y grupos sociales. A través de la primera nos servimos para comprender de qué manera y mediante qué mecanismos se constituye una cierta definición de normalidad (y desviación), mientras que la segunda nos sirve para profundizar en la naturaleza de la lógica que sustenta las formas de interacción que desarrollan y manejan los miembros de un espacio social.

Por otro lado hemos querido servirnos, o contaminarnos, del universo concreto de la moda para estimular esa reflexión en torno a la idea del etiquetaje social. Creemos que las conexiones existentes entre éste y el mundo de la desviación social, como forma de adaptación social, son evidentes más allá de los posibles préstamos terminológicos que podamos establecer. Para nosotros, el mundo de la desviación social puede ser leído en una clave que es más propia del fenómeno de la moda⁹¹: casas y ateliers, campañas publicitarias y marcas, patrones y posturas, producción y consumo entre lo globalizado y lo local, nichos de mercado, nuevos tejidos y diseños, rebajas y falsificaciones, explotación, imagen, identidad y status adscritos a determinados elementos, *it-girls*, tribus urbanas, compradores compulsivos... Si aceptamos que el mundo de la moda y el mundo de la droga son realidades marcadas por la Identidad y la Imagen, ¿hasta qué punto podemos -y nos

91 Y, de la misma manera, podríamos plantearnos un análisis en sentido inverso para comprobar qué nos puede procurar esa imaginación sociológica desde los principales conceptos y elaboraciones de esa corriente definida como sociología de la desviación en la que nos incardinamos.

está permitido- abordar una realidad a través de la otra? Si hay adictos a la moda y ésta se redefine o reinventa constantemente, ¿quiénes son los exponentes de la *nouvel vague* en intervención social o cuál es la última sensación, o complemento teórico, en este ámbito? Hacer emerger estos nexos nos sirve para profundizar en ciertos aspectos que únicamente son visibles si nos aproximamos a los hechos -sociales- desde miradas a las cuales no se les está permitido ni decir ni hacer aquello que se proponen -pues no saben-, o no se les permite ni decir ni hacer aquello que proponen -pues saben-. Es Pierre Bourdieu, en *“alta costura y alta cultura”*, el que nos ofrece la punta del hilo sobre el cual comenzar a desenrollar la madeja:

“Uno de los objetos más importantes de la sociología del conocimiento habría de ser la jerarquía de los objetos de investigación: una de las vías por las que se ejercen las censuras sociales es precisamente esta jerarquía de los objetos considerados como dignos o indignos de ser estudiados.” (BOURDIEU, P., 2000: 195).

Esta afirmación, centrada en lo que podemos denominar como tareas del oficio del sociólogo, nos recuerda qué es lo que queremos investigar cuando nos acercamos a un fenómeno social, además de por qué y para qué hacerlo. A partir de estos interrogantes es desde donde se enfoca la razón de nuestro hacer: visibilizar aquellas estrategias y prácticas que forjan un fenómeno de una determinada forma y no de otra. Y es el punto al que siempre volvemos para calibrar lo hecho y lo aún por hacer. Aprovechando la reflexión que el autor hace a partir del cuestionamiento de los bienes de la moda como objetos de lujo o sagrados (Ibíd.: 196)⁹², nos aproximamos a la realidad social como un campo en pugna caracterizado por ser donde se consolidan ciertos procesos de formación de identidad social y donde, a la vez, se refrendan tanto los marcos interpretativos como las identidades.

¿Pero qué papel juega ese representante de esa ciencia que molesta (BOURDIEU, P., 2000: 21-37) en el terreno de la desviación social y la intervención social? Como si de expertos en moda⁹³ se tratase, hemos de concebir a la sociedad como un conjunto al que hay que vestir,

92 Y aunque Bourdieu hace una homología entre la moda y la cultura legítima para comprobar las similitudes entre las estructuras de producción de “bienes de lujo” en ambos campos, nos interesa saber si en las drogas, como analizador social, existen elementos blindados a un análisis sociológico y si es así qué es lo que posibilita.

93 O mejor dicho, como sociólogos interesados por el mundo de la moda: por lo *trendy*, lo *out*, lo *kitsch*, lo *chic*; ¿Hasta qué punto podemos decir que el yonki es algo demodé?, ¿O quizás algo *vintage*?, ¿Puede que nunca

a la (sub-)cultura como el punto donde se acude a por un modelo de referencia o vestido (según la ocasión) y al sujeto como el maniquí que porta esas prendas⁹⁴ o identidades, o traje social, que adquiere durante su trayectoria vital o en un momento de ella. Hemos de hacer una trazabilidad del producto (prenda/identidad) desde que se crea y se implanta hasta que desaparece, o pasa de moda, para comprender los significados profundos - impacto- que tiene un determinado modelo en todos los niveles de lo social. ¿Pero cómo hacerlo o en qué aspecto poner el matiz?

El mono, la toga, la sotana, la bata, la camisa de fuerza, el chándal de táctel⁹⁵, el uniforme militar, la cofia, el frac, el bolso de *Vuitton* (el original y la imitación)... son ejemplos que nos invitan a comprobar cómo los sujetos orientamos nuestras actitudes a partir de las imágenes

haya pasado de moda? En el terreno de las drogodependencias, ¿es mejor “rasgarse las vestiduras” o poner en práctica el dicho de “vísteme despacio que tengo prisa”? Y sobre el rol y el status que desempeñamos, ¿es posible que los sociólogos seamos los actuales traperos de la investigación social?

94 Esta afirmación viene justificada una vez que nos paramos a observar cómo funcionan ciertas dinámicas identitarias en las bandas callejeras, maras o gangs. Estos grupos sociales se caracterizan por el fuerte sentimiento de pertenencia que obligan a asumir a sus miembros. Dentro de este proceso de asimilación de la cultura del grupo, los sujetos deben de portar elementos que visibilicen que forman parte consciente de dicho colectivo. Aunque el elemento más potente a analizar es el tatuaje pues implica marcar el propio cuerpo de forma casi permanente, señalamos la cuestión de la indumentaria porque en los primeros años de formación coincidimos con miembros activos de estos grupos que nos explicaron el significado que tenía para ellos el hecho de vestir de una determinada forma (como grupo diferenciado y como grupo amplio de referencia).

Si nos detenemos en lo amplio podemos relacionar, por ejemplo, la cuestión de la vestimenta con la cultura Hip Hop: ¿de dónde viene el estereotipo de los raperos con pantalones anchos?, ¿por qué llevarlos así? El origen de estos pantalones, o de esta forma de llevarlos, lo encontramos dentro de las cárceles norteamericanas y la indumentaria de los presos. En ellas, la política es dar un pantalón de talla universal a todo preso. Por motivos de seguridad, éste debe llevarse sin cinturón lo que provocaba que la mayoría los llevara caídos. Una vez salidos de prisión, adoptaron estos pantalones como rasgo identitario que servía para identificarse y reconocerse de y entre aquellos que no habían estado en la cárcel y los que sí. Muchos de estos ex presidiarios eran miembros de la cultura Hip Hop, la cual acabó adoptando al “baggy” como parte de su uniforme. Hoy en día este elemento ha perdido su fuerza como elemento para visibilizar una adscripción.

No obstante, la vestimenta sigue siendo un puntal a considerar a la hora de bucear por esta subcultura. Si nos fijamos en lo concreto, las bandas que se mueven en ese espacio común utilizan determinados complementos para diferenciarse de los otros y poder diferenciar a los otros de los de su grupo. Un colectivo suele identificarse con unos colores, así los “Bloods” toman el rojo y los “Crips” el azul. Aunque la bandana (pañuelo) suele ser la pieza distintiva, cualquier prenda sirve para ello siempre y cuando siga la línea marcada por el colectivo: camisetas, pulseras, gorras, zapatillas.

95 El táctel es un tejido sintético, similar al nylon, que se comercializó en los años 80. En argot suele llamarse como “chándal de yonki” o “chándal del Alcampo” por su dudosa calidad estética.

sociales que circulan en la interacción social y que captamos: según cómo nos presentemos ante los demás, éstos se harán una idea de lo que creen que somos y se relacionarán con nosotros en base a ese esquema que han hecho a partir de la imagen ofrecida. Y viceversa. Pero ¿qué tienen que ver la identidad, la moda y los sociólogos? Detrás de esta reflexión lo que queremos comprobar es de qué manera los modelos de generación de identidad se asemejan y se mezclan con el hecho de vestir(se). Para nosotros el estigma y la indumentaria cumplen una función similar en términos sociales: identifican y diferencian. Son señales que procesamos y traducimos para elaborar una imagen de aquel que porta esos rasgos, ¿pero todos tenemos la misma capacidad a la hora de diseñar nuestra imagen a mostrar?, ¿a qué, a quién y a dónde acudimos para ello?

Nos interesa la *haute couture* porque creemos que es en las casas de alta costura u organismos especializados en drogodependencias, donde se generan ciertas prendas -o identidades- a medida a través de un modelo exclusivo de producción a la necesidad del cliente (por ejemplo el Plan Personalizado de Intervención). Y por otro lado tenemos el *prêt-à-porter*, el “listo para llevar”, o la moda masificada que vemos diariamente por la calle (acciones preventivas universales, selectivas e indicadas). En los últimos años hemos podido comprobar cómo los diseñadores de las grandes casas han comenzado a realizar trabajos para multinacionales de la moda, poniendo en el entredicho determinadas barreras entre estas dos realidades. El caso más visible es el de la empresa sueca H&M y sus colaboraciones con creadores como Jimmy Choo o Karl Lagerfeld; una alta costura a *low cost* accesible a todos los públicos -políticas de prevención, asistencia y reinserción-. Si prestamos atención a la trayectoria histórica que ha seguido el fenómeno de la droga ¿de qué manera los repertorios y recursos al servicio de la población han virado hacia esa dirección?, ¿estamos mejor o peor preparados contra la droga?, ¿podemos hablar de una estandarización de la oferta para el gran público mientras que al mismo tiempos se desarrolla un trabajo de innovación sobre ciertos perfiles de consumidores? Psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeros, sociólogos, terapeutas... son los llamados a hablar sobre la drogodependencia y los que deben responder a los problemas que ofrece este fenómeno. Todo un cuerpo de expertos y profesionales que afincados, casi en exclusiva o con patente, en la gestión de los recursos para la atención a las drogodependencias.

A lo largo de la investigación hemos señalado, primero, la necesidad de aumentar la influencia y el calado que la Sociología como Saber ha de tener en el campo de las drogodependencias. Y en segundo lugar, la importancia de sentar las bases de un enfoque sociológico como herramienta crítica capaz de abrirse paso en este territorio. Como señala Bourdieu, uno de nuestros objetivos es reconocer la forma en la cual se pone énfasis sobre ciertas cuestiones y no otras tanto a la hora de decidir en qué es lo que se tiene que discutir -lo relevante- como en qué es lo que no se puede discutir -lo irreverente-⁹⁶. Esto pasa por dar respuesta a cuestiones como: ¿sobre qué elementos centran el foco las diversas investigaciones en materia de drogodependencias?, ¿por qué cuando se habla de drogodependencia se hace de una determinada forma y qué implicaciones tiene tanto para el que habla como para el que es hablado? ¿Existen ciertos aspectos que no pueden ser discutidos en este campo?, y si los hay, ¿cuáles son? ¿Quiénes son los apropiados para hablar de la droga y sobre la droga?, ¿se puede llegar a unas conclusiones ambiciosas partiendo desde algo poco relevante o periférico?, ¿cómo influyen las apuestas políticas en la práctica que desempeñan los profesionales en este terreno? Estas preguntas orientadas a saber quiénes son los que hablan y qué es de lo que hablan cuando lo hacen, persiguen desentrañar el papel que tienen los profesionales en la intervención en drogodependencias, entendido a éstos como los detentadores de un saber práctico (BASAGLIA F. Y BASAGLIA OGNARO F., 1975: 5). De ahí que nos preocupen las respuestas sobre este tema⁹⁷.

96 Cuando preguntamos a la desviación no nos centramos solamente en ella. El punto en torno al cual gravita toda nuestra actividad es aquel que trata de comprender qué es la adaptación social y las elaboraciones que se hacen a partir de este hecho. En el fondo se trata de saber cómo se hace sociedad y qué nos dice acerca de la normalidad el estudio de lo desviado.

97 Como sostenemos a lo largo de la investigación, la razón de acudir a este espacio, el discurso hegemónico, se debe a que es aquí donde se concentra una mayor cantidad de información, empírica y teórica, sobre este tema. La visión que ofrece todo el conjunto de recursos institucionales en los que se traduce el “discurso oficial” nos es útil porque nos sirve para dibujar una figura concreta, y “objetiva/da”, de la realidad de las drogodependencias. No obstante nos sirve para una primera fase, correspondiente con el reconocimiento de los límites del marco referencia dominante. A partir de ese “situarnos” en un punto visible, debemos incorporar otros discursos que nos permitan comprender en términos sociológicos cómo es la realidad de las drogodependencias: qué dice cada discurso, cómo se relacionan entre sí y qué posicionamientos surgen a raíz de esa relación.

4.7. La sociología y la investigación participativa frente a las drogodependencias: Una propuesta nómada.

Este apartado, a pesar de presentarlo en el marco teórico por motivos de congruencia interna, pretende ser el producto final de un hacer investigador sostenido en el tiempo. Como ya hemos dicho, esta investigación es el resultado de nuestro transitar por el mapa del objeto de estudio que nos marcamos en su momento sumado a los diversos aprendizajes que hemos ido acumulando a lo largo de nuestra carrera académica y vital. Este rasgo es una constante en todo nuestro trabajo pero es en este momento en el que tiene un mayor sentido pues es la ocasión en la que ponemos en juego todo nuestro saber acumulado y desplegado en estos años y que cristaliza en esta propuesta que creemos innovadora y necesaria a partes iguales. Es por ello que el título que da nombre a este apartado no es casual. Es la necesidad de subrayar tanto la importancia de la experiencia vital de un sujeto sociológico como la centralidad de un determinado pensamiento en un hecho decididamente social: ¿de qué manera pueden ser útiles los saberes de un sociólogo y de la sociología en el terreno de las drogodependencias?

La principal motivación que ha impulsado esta investigación es conocer la forma en la que se produce una respuesta institucional en materia de drogodependencias y qué puede hacer un sociólogo en este campo. Para ello nos hemos planteado una serie de interrogantes que han servido para guiar la investigación y mantener el pulso de ésta. Sin embargo, el verdadero interés de este trabajo no consiste en dar las respuestas a las preguntas que nosotros mismos nos hemos marcado. Desde un punto de vista metodológico nos es imposible, pues para conocer el auténtico significado de muchas de estas cuestiones hemos de ir más allá tanto de los propios límites que nos vienen impuestos -discursos *de* la droga- como aquellos que nos imponemos -una determinada forma o técnica de ahondar en la realidad que nos ocupa-.

Por ese motivo el aspecto más interesante de este trabajo consiste en ser un aparato sociológico que busca generar un espacio en el cual poder introducir determinadas cuestiones que se den por indiscutibles en el campo de las drogodependencias -frente a lo definido como irrelevante y lo irreverente- y comprobar de qué manera es así, o no, y de qué forma adquieren ese status. Durante el tiempo dedicado a esta investigación, la cuestión más importante que hemos conseguido visualizar es la forma en la cual el fenómeno de las

drogodependencias se encuentra enclaustrado dentro de un corsé teórico-práctico que no permite una renovación de las principales posiciones, maduras, que imperan en este hecho social. De ahí que sigamos haciéndonos más preguntas: ¿quién es el protagonista de un y en un proceso de intervención? y ¿por dónde pasan las claves del éxito para asentar una respuesta integral que permita un abordaje complejo del problema de la droga?

La razón que nos impulsa a promover un determinado tipo de estudio, o acercamiento, en este caso prático o dialéctico, se debe a que un análisis de una realidad compleja, y en constante negociación, debe situarse dentro de la propia realidad social y personal de cada uno de los sujetos implicados. Pero esta conclusión pretende ser una afirmación inconclusa o aún por hacer: si de algo nos ha servido este trabajo de investigación es para reconocer la necesidad de aplicar nuevas fórmulas de investigación social que partan y se pongan al nivel de todos los actores pues son ellos mismos quienes sitúan en el mapa las diferentes respuestas existentes -*conversas, perversas, subversivas y reversivas*- para encontrar salidas a esos bloqueos que acaban por pesar más que cualquier otro aspecto. De esto que decimos es de donde parte el objetivo tras nuestra tesis: desarrollar una investigación participativa en torno a la realidad de las drogodependencias que pueda llegar a cristalizar en un proceso participativo lo más amplio posible; y, paralelamente, en una investigación sociológica durante ese periodo. Partimos de la convicción de que la clave para llegar a la raíz, o causas profundas de un problema o una realidad problemática, no la tenemos nosotros, sino todos los sujetos o actores sociales que están implicados en ese hecho social marcado por la propias definiciones que ellos tienen sobre la cuestión y que el/la investigador/a social debe ser un facilitador del proceso que pueda ponerse en marcha.

4.7.1 Aterrizando en la IAP.

*“Los <<datos>> de la investigación son producidos mediante juegos de lenguaje: en la encuesta, del tipo pregunta/respuesta; en el grupo de discusión, del tipo conversación; en el socioanálisis, del tipo asamblea. El juego pregunta/respuesta es un juego monológico dominado por la lógica del que pregunta. Un juego de información cerrado, pues las respuestas están contenidas en la pregunta. Juego de poder, pues distribuye el poder y el deber: el poder está del lado del que pregunta ya que **puede** preguntar lo que quiera; el deber del lado del que responde ya que **debe** responder a lo que le preguntan. Es el modo propio de un dispositivo de control. El juego de conversación es un juego dialógico en el que se enfrentan las lógicas de los que conversan. Un juego de información abierto: una respuesta obtura la pregunta, pero en la conversación el que pregunta puede ser preguntado y las preguntas quedan siempre abiertas. Juego de emancipación, pues el poder y el deber rotan: el que en un momento está en posición de deber está al siguiente en posición de poder. El juego asamblea tiene todas las propiedades del juego conversación más la de ser un juego activo: con efectos pragmáticos además de semánticos”.*

IBÁÑEZ, J., 1993: 32-133.

Como suele pasar en el interior de cada parcela de Conocimiento, las Metodologías Participativas tienen multitud de vertientes, concepciones y nombres en función de las diferentes interpretaciones que hacen las diferentes escuelas y colectivos a la hora de pensar y poner en práctica los principios básicos y comunes de estas metodologías. Por nuestra parte, hemos de reiterar que nuestro primer contacto con estas metodologías se produjo dentro del marco del magister en Investigación Participativa que impartía el Observatorio CIMAS durante el curso 2010-2011. De esta forma nuestra perspectiva parte de lo aprendido durante y después de ese curso⁹⁸. Así los desarrollos que aquí presentamos son el resultado del trabajo individual desarrollado pero partiendo desde un *background* que lleva un camino recorrido en esto de la Participación. Esto lo señalamos por un doble motivo: el primero se debe a dar respuesta a esa necesidad de marcar las elaboraciones desde la que partimos a la hora de proponer un programa de trabajo y el segundo se traduce como una invitación a aquel/la que lee a conocer el sustrato teórico que da cuerpo a esa forma particular de hacer investigación⁹⁹.

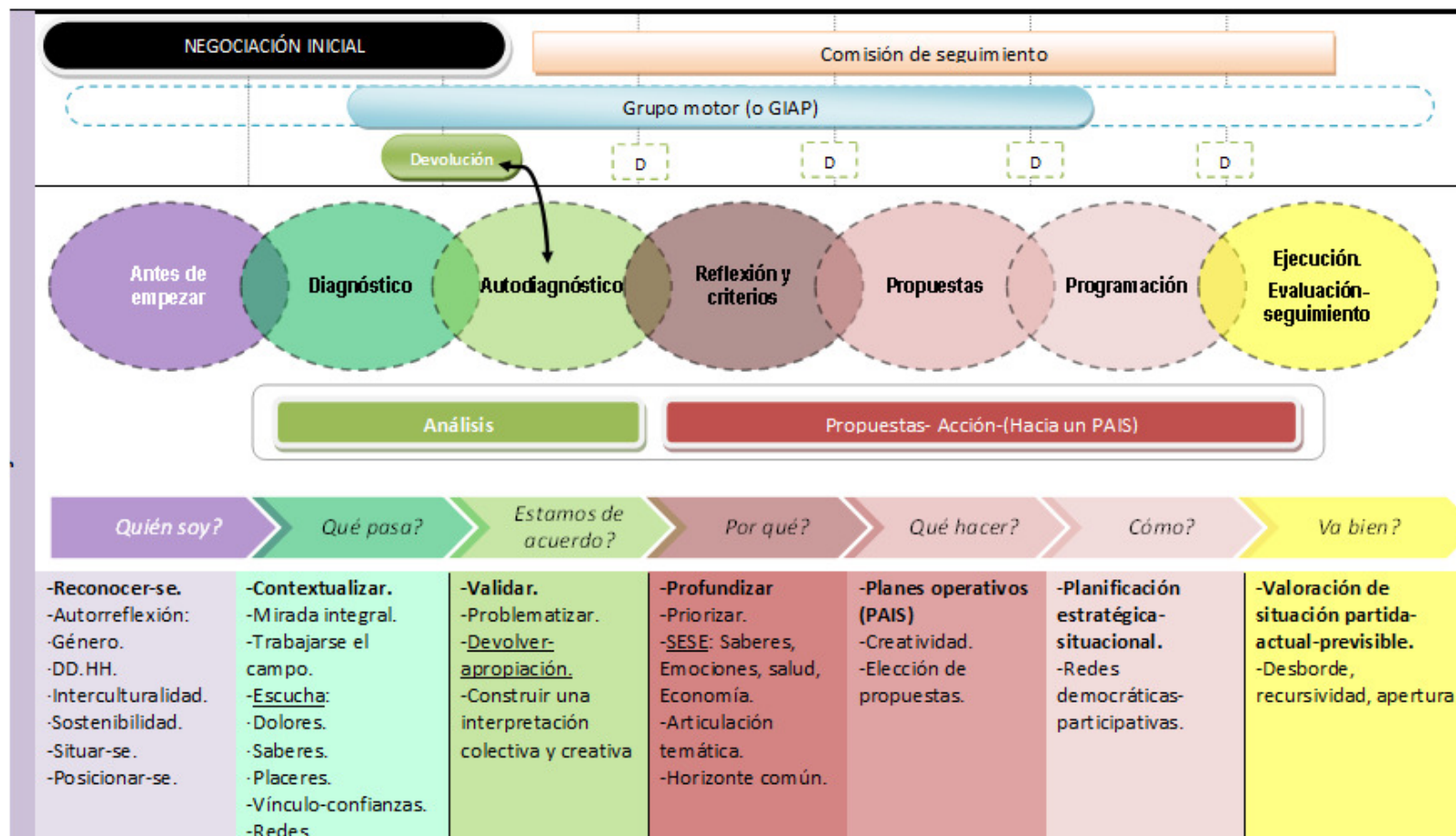
98 Nos gustaría señalar la memoria que produjimos los y las participantes de las jornadas internacionales de participación que desarrolla el CIMAS y cuya temática en 2012 fue el 15M. En el siguiente enlace, <http://jornadasparticipacion12.blogspot.com> pueden acceder al documento que resume el trabajo de dos días de trabajo de reflexión y producción colectiva a través de herramientas participativas. Este texto tiene un doble valor: primero como ejemplo de la aplicabilidad y adaptabilidad de esta metodología a unos tiempos ajustados y segundo como un producto suma de reflexiones consensuadas sobre una temática determinada.

99 www.redcimas.org En esta página podemos acceder a una extensa fuente bibliográfica tanto propia como ajena. En los textos podemos encontrar desde reflexiones de corte teórico hasta herramientas y consejos útiles para la práctica colectiva. Por ejemplo: para comprobar la evolución y la “distinción” metodológica que articulan,

Pero antes de entrar en materia hemos de decir que los cuadros que presentamos son el producto, y ejemplo, colectivo de una serie de personas interesadas por el particular saber hacer de estas metodologías que decidimos embarcarnos en un proyecto asociativo para desarrollar y difundir estos saberes y, al mismo tiempo, crearnos una salida laboral en el actual marco de precariedad en el que nos encontramos. Este proyecto, a día de hoy, sigue fraguándose y a título personal supone todo un desafío pues partimos de una forma de trabajo reflejo de aquello que intentamos hacer. A continuación presentamos dos cuadros que sintetizan de forma visual gran parte de lo aprendido durante estos años y que hoy ponemos en práctica tanto en lo colectivo como en lo personal.


dando como resultado la Socio-praxis, señalamos, a modo de introducción, el texto *“Historias y enfoques de una articulación metodológica participativa”*.

Figura 3: Cuadro de las principales fases de una IAP (I)



Fuente: VV.AA., 2014:23

Figura 4: Cuadro de Herramientas por fases de IAP (II)¹⁰⁰

						
Reuniones.	Trabajo de campo. Asambleas, Grupos de trabajo, Jornadas, Talleres, Reuniones. Sesiones de coordinación, planificación y valoración/seguimiento. Planes de comunicación estratégicos. Sistematización: documentos técnicos, vivenciales, devoluciones, productos audiovisuales... Tecnologías sociales: OASIS, Open Space, Técnicas de visualización, Philip 66, World Café, Lluvia de ideas...					
-Socio-drama. -Juego de roles. -Plan de trabajo interno (ó anteproyecto). -Plan comunicación de presentación.	-DRP -Deriva. -Transecto. -Observación participante. -Línea del tiempo. -Sociograma. -Matriz primeras ideas. -Entrevistas (individuales, grupales). - DAFO. -Revisión de fuentes.	-Árbol de problemas. -Teatro foro. -Multilemas. -Tetralema. -Flujograma.	Herramientas a discreción, articuladas, y en grupo(s) temático(s) -Idea fuerza	- DRP -Plan de comunicación. -Teatro foro. -Escenarios de futuro.	-Cronograma (diagrama de Gantt, de Pert, etc). -Matriz reflexiva. -Planificación participativa.	-Evaluación participada: Coherenciómetro. Diana. Índices. -Sistemas de monitoreo-rectificación.

Fuente: VV.AA., 2014: 27

¹⁰⁰ Las herramientas aquí presentadas son un abanico de posibles técnicas que pueden cubrir satisfactoriamente las necesidades específicas que tengamos en cada fase. No obstante, apostamos por la capacidad manipuladora y creativa de las personas y los colectivos para que incorporen otras herramientas de otras escuelas y disciplinas que crean que pueden ser útiles para alcanzar aquello por lo que se proponen.

En el primer cuadro, **principales fases de una IAP**, podemos observar tres secciones a la hora de abordar la información facilitada en él. El bloque central es una cadena de elementos¹⁰¹ que representa cada una de las fases en las que podemos dividir un proceso participativo. Los dos primeros eslabones corresponderían a una fase previa que tendría una traducción, en términos clásicos, a lo que sería una investigación al uso pero, en este caso, acompañada del adjetivo participativo como rasgo diferenciador. Ese rasgo consiste en una actividad reflexiva en la cual nos planteamos nuestros prejuicios y las bases teóricas e ideológicas de las que partimos con el objetivo de generar unas preguntas problematizadoras que nos hagan comprender las implicaciones de nuestra práctica, considerar el fenómeno del que nos ocupamos como problema dentro de unos límites, su consiguiente categorización como problema, y el hecho de ser nosotros los que tengamos la solución a este problema pues *“según definamos el problema así pensamos la solución”* (HERNANDEZ, D., 2010: 2). El texto que aquí referenciamos, *“Antes de empezar con metodologías participativas”* de Dolores Hernández, es un artículo de obligatoria referencia porque detecta y evidencia elementos fundamentales a tener en cuenta antes, durante y después (Acción-Reflexión-Acción) de nuestro hacer práctico: principios éticos e ideológicos que rigen nuestra actividad, los diferentes ciclos -corto, medio, largo- en los que se presentan los “dolores” y en los que debemos situar las “soluciones”; una serie de procesos que buscan fomentar una integralidad. Además, este cuestionamiento conlleva un saber reconocer-se, un situar-se y posicionar-se por parte del propio sujeto investigador respecto al objeto de estudio y de los sujetos presentes en la investigación. De ahí que la frase que sintetiza esta fase previa sea “Quién soy yo”.

La segunda figura de la cadena se corresponde con la fase de diagnóstico, similar a la que estamos acostumbrados. En esta etapa, tras el obligado proceso de autocuestionamiento, nos lanzamos a escuchar y recoger todo tipo de información relacionada con nuestro tema

101 Esta construcción gráfica está en constante actualización. Por esta razón queremos aclarar que un proceso participativo no tiene un desarrollo lineal. Es difícil explicar con una imagen estática determinados hechos que son consecuencia de la actividad humana. De esta forma queremos subrayar la naturaleza fragmentaria de estos procesos; procesos que pueden paralizarse o volver a transitar una etapa que se consideraba superada pero que no ha satisfecho todas las expectativas y que son necesarias situarlas nuevamente o retomarlas cuando se considere viable. En nuestra figura este hecho viene representado por una discontinuidad en los bordes de cada etapa con lo que pretendemos mostrar esa citada permeabilidad. Lo único que nos faltaría sería dar un dinamismo a esa línea discontinua a través de unas flechas/líneas que muestren ese movimiento. Esto que decimos se puede mostrar, por ejemplo en una presentación de nuestro Plan en el que evidenciamos los posibles vaivenes en los que nos hayamos visto y dando énfasis a este aspecto.

haciendo un uso indiscriminado, pero con criterio, de fuentes primarias y secundarias. Es un momento para recoger y sistematizar datos tanto cualitativos como cuantitativos que nos ayuden a bajar de la reflexión teórica y situar el tema dentro de un contexto reconocible. Además es una ocasión en la que podemos poner en marcha los primeros talleres y acciones de carácter participativo. Y con ello, también, la ocasión de “patearse el campo”, de abrirse a la escucha activa -de dolores y de saberes-, de dibujar un primer mapa de actores posicionados para dar una primera forma a los conjuntos de acción, a la muestra y a las ideas que hemos recogido. Todo un conjunto de acciones dirigidas a dar respuesta a la pregunta “Qué pasa”¹⁰².

El eslabón del *autodiagnóstico* es el punto de inflexión porque *“mientras en un diagnóstico tradicional la información especializada que se acumula es luego interpretada por expertos, en el autodiagnóstico lo que haremos será ofrecer, de manera sistematizada, toda la información producida durante el momento de diagnóstico-contextualización, que quedará sujeta a la interpretación de los participantes”* (VV.AA., 2012A: 128). Esta frase seleccionada recoge una de las principales ideas/pilares de esta metodología: el reconocimiento de la existencia de la dicotomía sujeto-objeto a la hora de considerar a las personas participantes de una investigación y la necesidad de superar esa distancia para poner en el centro de la actividad a las personas que toman parte de las acciones que se emprenden. De esta forma el autodiagnóstico se presenta como *“un espacio de reflexión sobre el sentido que el problema concreto tiene para los participantes (sus ventajas, sus inconvenientes, sus efectos...) en lugar de dar por sentadas las implicaciones, bien a partir de los datos técnicos, bien a partir de nuestras propias reflexiones”* (Ibíd.).

Así huimos de nutrirnos, únicamente, de miradas técnicas y nos abrimos, nosotros mismos y el proceso, a recoger las diferentes elaboraciones particulares de cada sujeto en inter-acción desde una óptica centrada en la importancia de la necesidad de *“poner de acuerdo”* ese escenario común de referencia: *“Al pensar conjuntamente en torno a un mismo problema concreto estamos trabajando ya el problema desde las relaciones entre los implicados y no*

102 Hemos de decir que las tres principales referencias que utilizamos son textos de diversa extensión y con diversa intención pero de obligada consulta para profundizar de forma más exhaustiva cada una de las ideas, cuadros y prácticas que desde aquí marcamos. Exponer aquí toda la diversidad y complejidad inherente a estas metodologías sería un trabajo para otra tesis. Desde aquí invitamos a la lectura de estos textos, a la consulta de la bibliografía seleccionada que manejan estos grupos y a la puesta en práctica de esta metodología y estas herramientas.

sólo estamos tratando el problema desde sus individualidades” (Ibíd.: 124). Para ello podemos utilizar diversas herramientas creativas enfocadas a la problematización y basadas en el debate colectivo como por ejemplo el flujograma, los multilemas o los árboles de problemas. Como resultado de toda actividad marcaremos unos nudos críticos que serán los puntos fundamentales a afrontar más adelante.

Sin embargo con esto que decimos no queremos señalar culpables y responsables, pues para comprender la deriva y el resultado de un proyecto, o un plan de intervención, es necesario situar la profundidad del significado del primer objeto presente en la parte superior del primer cuadro. La *Negociación Inicial* es una situación en la que se sientan las diferentes partes a definir, habitualmente, el qué, el cómo y el cuándo y según el margen de maniobra que se tenga el para qué y el con quién. De ahí que se haga necesario explicitar un aspecto fundamental de la intervención social que no es otro que el de la definición de los roles que tienen/asumen los diferentes sujetos de esta acción. Esta cuestión suele o pasarse por alto o pasar de puntillas sobre ella, bien porque no se repara en ello bien porque quizás sea mejor no hacerlo. Una pregunta interesante que podemos hacer para situar más este tema “caliente” es aquella que se plantea “de dónde surge la propuesta”. Esta pregunta conlleva otra serie de preguntas tales como ¿quién es el promotor de la acción?, ¿es desde las personas interesadas/afectadas desde donde surge la intervención?, ¿qué papel ocupa cada uno de los actores y qué capacidad de decisión tienen?, ¿cuánto tiempo va a durar y cuántos recursos se van a destinar?, ¿cuáles son los objetivos que se persiguen con esta intervención?... Una serie de preguntas que pueden ayudarnos a comprender la situación a la que nos enfrentamos y que debemos contestar-nos previamente para afrontar este paso con la suficiente amplitud de miras para alcanzar a ver su importancia a la hora de definir lo que va a ser aquello que se haga.

El hecho de pararnos en esta parte superior del cuadro se debe a que una vez vistas estas dos etapas, que agrupamos bajo la etiqueta de análisis, creemos necesario seguir mencionando los objetos ahí situados porque según cómo, desde dónde y desde quién surja el proyecto, estos hitos quedan supeditados en función de las respuestas a las preguntas recién marcadas; condicionando tanto su propia existencia como el carácter de dicho proceso. De esta forma, y siempre intentando aproximarnos a ese “ideal” metodológico de buenas prácticas, lo más interesante es abrir el momento de la *Negociación Inicial* a todos

los actores, crear un espacio de encuentro para la *Devolución* del diagnóstico realizado y garantizar unas devoluciones periódicas a lo largo del proceso al tiempo que se fomenta la creación de un(os) *Grupo(s) Motor(es)* y una(s) *Comisión(es) de Seguimiento(s)* como puntos indispensables para la buena marcha del proceso desde su origen y a lo largo de su implementación.

La *Devolución* es un punto de encuentro en el que el grupo investigador/facilitador pone en común lo obtenido tras la fase de (auto)diagnóstico: es el momento de validar lo recogido - *¿Estamos de acuerdo?*-. En este momento las personas encargadas de dinamizar la reunión tienen que tener una actitud provocadora y problematizadora para promover la mayor apertura posible en la sesión tanto desde un punto de vista de acceso a la información como de ampliación de la información aportada (Ibíd.). De esta forma podemos dar espacio a aquellas “voces” menos visibles o menos oídas, se pueden abrir ciertos debates sobre las imágenes aportadas para ver si hay tensiones o puntos de fuga que podrían ser útiles más adelante o ser una ocasión perfecta para incorporar a nuevos actores en la construcción de escenarios deseados y no deseados. Por último, señalar que a lo largo del Plan podemos hacer diversas devoluciones para, primero, seguir facilitando información sobre qué se está haciendo y, segundo, comprobar cuál es la orientación que sigue el proceso.

Finalmente hemos de hacer mención al *Grupo Motor* y a la *Comisión de Seguimiento*. El primero de ellos es un compromiso voluntario de trabajo de personas con un perfil variado (de sujetos y técnicos) que se ponen al servicio del proceso participativo para dinamizarlo y que siga avanzando. La Comisión de Seguimiento es un grupo que se reúne periódicamente y cuyo papel es el de ser el punto visible que pide ser informado acerca del progreso del Plan; y donde podemos poner a aquellas personas con cierto afán de protagonismo, o problemáticas, en un espacio con suficiente reconocimiento como para satisfacer sus necesidades pero sin que bloqueen el recorrido natural del proceso. Y de igual manera esta comisión puede servir de contrapeso a las expectativas desmesuradas que pueda tener el Grupo Motor en su tarea.

No obstante, partimos de la realidad en la que vivimos y de la consciencia de que las cosas no siempre salen como uno quiere sino que son el resultado de múltiples factores que no pueden ser controlados en su totalidad. Así podemos decir que tanto la Negociación inicial

como la devolución del Autodiagnóstico, la conformación del Grupo Motor y la Comisión de Seguimiento surgen o se dan en alguno de los momentos marcados, habitualmente, su materialización viene determinada por las cuestiones de desde dónde o de quién parte el proyecto. Quienes quieran profundizar sobre las diferencias entre estos dos grupos pueden acercarse al Manual de Metodologías Participativas del CIMAS (VV.AA., 2009: 19), donde podrán encontrar una tabla de diferencias en torno a su composición, características, el grado de participación en el proceso, el compromiso que exige la pertenencia a esos grupos y el papel que tienen los técnicos respecto a ellos.

4.7.2. El Plan de Acción Integral.

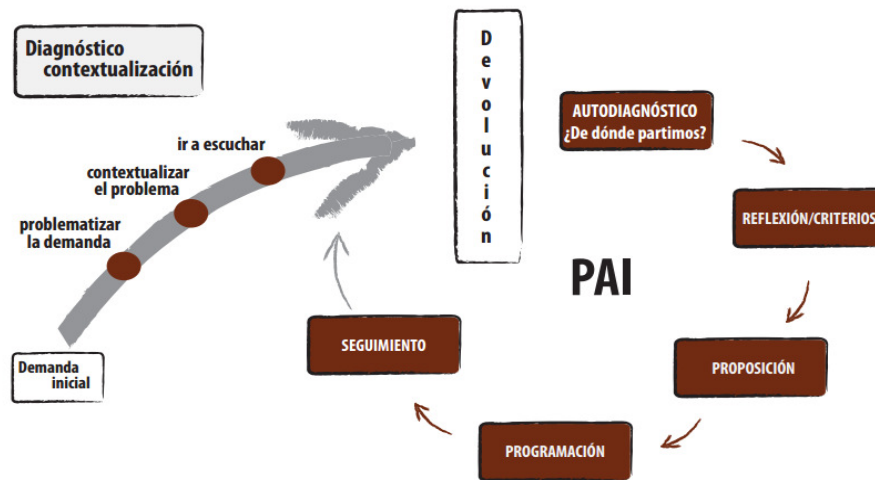
“Las Metodologías participativas pueden parecer, a bote pronto, una quimera abstracta. Se trata, en el fondo, de hacer participar a la gente, por lo que su implementación nos puede parecer incluso fácil. La idea que la investigación tradicional se ha hecho sobre la participación suele resumir en “reunir a la gente y esperar a ver qué sale”, de lo que se sigue que cualquier cosa basada en la participación ni es seria, ni nos puede ayudar a generar conocimiento. La participación, sin embargo, es algo complejo, precisamente porque no se trata simplemente de reunir a la gente. Nuestra tarea aquí va a ser evidenciar la complejidad que entraña un proceso realizado con MP, pero, sobre todo, intentaremos poner de manifiesto que el uso de las MP tiene siempre una lógica detrás, a partir de la cual se quieren alcanzar objetivos y acciones concretas. Con esto lo que queremos transmitir es la idea de que un proceso guiado con MP es un proceso complejo, que puede ser fiable o no según cómo se haga. Por tanto, ni todo vale cuando pensamos desde las MP, ni todo proceso con MP es bueno per se”.

VV.AA., 2012A: 31.

Una vez marcados los primeros elementos de nuestro cuadro -Análisis y Auto-Diagnóstico- y que tendrían un reflejo en lo que sería una Investigación Participada¹⁰³, hemos de dar un paso adelante, teniendo en la mente la aclaración y la precaución hecha por el colectivo Antígona y lo ya expuesto, para desplegar nuestra propuesta de Plan de Acción Integral. O lo que es lo mismo, una concreción práctica y contextualizada de una experiencia sociológica con el objetivo de cambiar las condiciones de vida concretas de las personas implicadas.

103 Aunque dentro de las MP se suele usar indistintamente proceso participativo o proceso participado, a nosotros nos gustaría marcar un ligero matiz: con el segundo término lo que queremos dar a entender es que el proceso que está siendo participado puede contar con una participación en la que la personas participantes pueden dar su opinión pero su capacidad de decisión o gestión está limitada; como suele suceder en las investigaciones clásicas. Quizás este debate es un tema interno a estas metodologías o el reflejo de una excesiva meticulosidad, no obstante partimos desde un punto de vista y acción que nos obliga a delimitar los diferentes tipos de proyectos en función del tipo de participación que estimulen.

Figura 5: Fases del PAI



Fuente: VV.AA., 2012A: 249

Como ya hemos dicho, hay muchas opciones a la hora de presentar y condensar lo que es un Plan Integral de Acción, tantas como formas de darse en la práctica, pero siempre marcando los mismos puntos por los que debe pasar a la hora de implementar el PAI. Así y mientras que en los dos primeros cuadros presentados lo que se busca es sintetizar en un producto concreto mucha de la complejidad asociada a esta metodología pues es un cuadro diseñado para presentar a gente sin conocimientos previos, en el último cuadro que presentamos podemos ver, de forma destacada, esas dos partes bien diferenciadas (caracterizadas por sus hitos) y el carácter cíclico de estos procesos. Esto último debido a su constante necesidad de programación, en función de los objetivos concretos definidos previamente, y su potencial de continuidad en base a su propia naturaleza, orientada a dar forma a respuestas en constante construcción surgidas a raíz de los qué, los por qué, los cómo, los quiénes, los para qué, los cuándo, los dónde, los con qué y los para quién presentes en un proceso colectivo¹⁰⁴.

Tras el citado autodiagnóstico, el Plan de Acción se concreta en otros cuatro pasos: *Reflexión y Criterios*, *Construcción de Propuestas*, *Programación* y *Seguimiento* de las acciones. Como podemos observar en los cuadros estos momentos se caracterizan por ser

¹⁰⁴ De nuevo invitamos a las personas interesadas a establecer un diálogo entre las diferentes fuentes ofrecidas y existentes, y complementarlas con otros Saberes, para estimular una reflexión que sirva para construir un objeto de investigación-acción adaptado a la realidad sobre la que posemos los ojos y las manos.

una concreción práctica a una determinada pregunta(s) orientada a obtener unos resultados sobre la situación consensuada. A continuación hacemos una presentación sintetizada de estas fases:

Reflexión y Criterios: en este momento, las y los participantes nos volcamos en debatir *hacia dónde queremos ir*. A través de esa discusión pública lo que hacemos es evidenciar los “*por qué*” que nos mueven en el campo del Plan para, de esta forma, fijar un escenario de futuro conjunto a partir de lo recabado previamente. Tras esto nos centramos en traducir todas esas aspiraciones en criterios, Idea-Fuerza, que nos permitan acercarnos, lo máximo posible, a ese escenario deseado al mismo tiempo que sorteamos, en la medida de nuestras posibilidades, ese escenario que evitamos a toda costa (Ibíd.: 131-133).

Construcción de Propuestas: una vez llegamos a este punto, nuestra actividad se centrará en la generación, desde las redes vivenciales, de propuestas que situaremos en unas áreas definidas *-qué hacer-*. Para ello nos nutriremos de toda la información emergida en momentos anteriores del Plan para comprender las causas profundas que, creemos, dan forma a los problemas detectados y poder ofrecer soluciones prácticas y conscientes tanto de la complejidad inherente a los conflictos que pueden existir y los límites que se/nos dibujan (Ibíd.: 134-136).

Programación: Una vez definido *qué Hacer*, toca dar cuerpo al *Cómo*. Para este momento, los y las participantes se reúnen para trabajar en la delimitación y concreción de las líneas y de las acciones a desarrollar; es decir, lo que sería propiamente dicho el plan de acción. Para ello se apoyaran en las diferentes herramientas indicadas para esta fase con la intención fijar una serie de acciones contrastadas con la realidad, aprobadas y priorizadas de forma colectiva y, siempre, contextualizadas dentro del espacio donde se quieren implementar y dentro de los propios ritmos y tiempos del Plan. De esta manera llegaríamos a obtener una serie de compromisos de trabajo por cada uno de los grupos de trabajo delimitados presentes, tanto permanentes como los que puedan surgir para cubrir una necesidad operativa determinada. Sin olvidar los pactos y mínimos/máximos que queremos cumplir en términos de participación tanto del funcionamiento hacia dentro –cómo nos organizamos- como hacia afuera –quiénes somos, qué hacemos y cómo lo hacemos- y que nos remiten, obligatoriamente, al funcionamiento organizativo y estructural (Ibíd.: 142-143).

-Seguimiento: esta etapa es un paso y al mismo tiempo una actitud. Como paso, el seguimiento es la fase en la que medimos si estamos haciendo las cosas tal y como dijimos y comprobar si está teniendo los efectos, o el impacto, esperados u otros *-¿va bien?-*. Y como actitud, el seguimiento es el reflejo del compromiso adquirido por las participantes y de los compromisos aceptados y consensuados con anterioridad al realizar este tipo de planes. Para ello nos centraremos en fijar una serie de criterios/indicadores y herramientas que nos servirán para analizar los diferentes elementos clave a lo largo del tiempo. Todo esto se traduce en una serie de preguntas, de carácter reflexivo, que nos haremos para evaluar nuestra acción, hacia dentro y hacia fuera¹⁰⁵, y cuyas respuestas volcaremos en una serie de cuadros/matrices que facilitarán esta tarea. (Ibíd.: 152-162). El objetivo final en esta etapa es constatar la capacidad de cambio que tiene la gente una vez que se organiza colectivamente para modificar sus condiciones de vida y, así, plantear la continuidad de esas acciones transformadoras dentro de un plan de acción.

4.7.3. Hacia un Plan de Acción Integral en Drogodependencias.

“La cuestión a la que trata de dar respuesta el PAI es la de generar una acción compartida y común sobre un problema concreto”.

VV.AA., 2012A: 121.

“Al pensar conjuntamente en torno a un mismo problema concreto estamos trabajando ya el problema desde las relaciones entre los implicados y no sólo estamos tratando el problema desde sus individualidades”.

VV.AA., 2012A: 124.

Como se puede observar, desplegar toda esta metodología que proponemos supone un esfuerzo humano y un acopio de recursos tal que exceden las propias posibilidades y ambiciones de esta investigación. No obstante toda esta exposición desarrollada acerca de lo

¹⁰⁵ Este continuo reflejar dos espacios, dentro y fuera, nos redirecciona a la necesidad de comprender estos procesos como un doble hacer. Por ejemplo, si hablamos de la evaluación nos encontraríamos por un lado el seguimiento de las acciones por las cuales nos hemos juntado y, por el otro, tendríamos que atender a la forma en la cual trabajamos pero entendiendo ese trabajar como un hecho que remite a cómo participamos. Todo esto que mencionamos tiene un reflejo en un debate de largo calado y que centra su interés en intentar definir qué es la participación. Por nuestra parte, la respuesta creemos que es que la participación debe entenderse como un fin, un medio, un reflejo y un resultado. Así podemos entender este particular Hacer como una herramienta con unos determinados fines que en su desarrollo nos deja ver de qué forma se pueden hacer las cosas que tiene unas repercusiones en aquel que se adentra en esta práctica.

que es la IAP/PAI responde a una necesidad de refrendar aquello que nos proponemos: conocer cómo ha sido y cómo es la intervención social que se lleva a cabo en torno al problema de las drogodependencias. En un escenario movedizo e incierto, las organizaciones que a ello se dedican han desarrollado un trabajo de estudio y análisis que se ha traducido en un marco específico (biopsicosocial) de comprensión del problema. Si nos acercamos a sus documentos veremos que las propias instituciones hacen balance de lo que ha sido su intervención en estos 30 años.

Conscientes de la necesidad de ir más allá de sus primeros pasos, observamos que las propias instituciones plantean la necesidad de asomarse a nuevos modelos de intervención social. Se reclama la necesidad de una mayor participación de la ciudadanía en este problema: desde la protección frente al consumo como en materia de exclusión social. Tras estudiar la práctica institucional y reconocer parte de sus demandas, que coinciden con el estado de la cuestión en la sociedad actual, desde aquí lo que se quiere ofrecer es una serie de herramientas que pueden ser la simiente para una serie de proyectos de intervención social donde el principal rasgo se centre en poner en primer plano la participación de todos los agentes sociales. Igualmente conscientes de enfrentarnos a una cuestión compleja que se manifiesta a múltiples niveles y ante la que no hay una fórmula cerrada, proponemos un escenario de trabajo que permita innovar las herramientas de comprensión y actuación frente a un problema, ante todo, social.

Así, para esta investigación y a lo largo de nuestra práctica nos centraremos en cubrir las dos primeras fases de la IAP (*Antes de empezar y Diagnóstico*). De esta forma creemos incorporar, y tener en mente, todas esas características que le son propias a este particular saber hacer y que nos pueden ayudar a enfrentarnos con el tema en cuestión y tratar a las realidades recogidas (y sus protagonistas) de una forma coherente con eso que pensamos que debe hacer todo investigador o técnico con un interés en incidir en una realidad social problemática y compleja. Quizás pueda pensarse que restringimos nuestra capacidad operativa, la profundidad de nuestra mirada y la calidad de nuestro trabajo, pero hay que decir que lo que buscamos con ello es traducir esta investigación en una aportación más dentro del amplio espectro de enfoques existentes y sentar una base, al menos sociológica, para el desarrollo de un(os) Plan de Acción Integral en este campo.

Esto que decimos, a tenor del aire renovado que está tomando la Participación en la agenda política y de la total inexistencia de experiencias de este tipo en nuestro territorio salvo algún ensayo piloto autogestionado, puede que no sea tan descabellado y que estemos frente a un escenario y una ocasión proclive para que este tipo de acciones se puedan llevar a cabo en una fecha no muy lejana. Desde nuestra esquina del cuadrilátero y desde nuestras posibilidades intentamos que las condiciones sean lo más favorables y estimulantes para que así sea.

5. METODOLOGÍA.

5.1. Hacia un posicionamiento metodológico.

“Solo un investigador como sujeto en proceso puede perseguir a una verdad que siempre se le escapa”.

IBÁÑEZ, J., 1985: 269.

La realidad sucede cotidianamente. Como sociólogos podemos conocerla de una forma más profunda cuando nos detenemos a analizar -con un repertorio de herramientas y técnicas a nuestra disposición- los múltiples fenómenos que la forman. Si atendemos al objeto de estudio seleccionado y la necesidad de primar una técnica para su asedio, podemos fijar una serie de razones para elegir unas y descartar otras: operatividad, tiempo y recursos (humanos, económicos, técnicos) disponibles, idoneidad de la metodología y destreza de la misma, límites y riesgos aceptados con cada una de ellas, el criterio para la selección de la muestra por el que optamos –o al que nos vemos forzados-, el tipo de análisis posible a desplegar sobre la información extraída según qué técnica... Aunque desde nuestra práctica subrayamos la importancia que tiene para la propia actividad investigadora centrarse en comprender las formas en las cuales uno puede aproximarse a conocer los hechos que se suceden en la sociedad y que son captados por su interés sociológico (*qué estudiar y cómo hacerlo*), la clave fundamental de nuestra actividad pasa, principalmente, por reconocer la importancia en el análisis de la dirección y la orientación de la dirección a tomar: *para qué y por qué hacemos lo que estamos haciendo*. O lo que sería lo mismo: la intención y el compromiso de nuestra acción-investigación.

Como se ha expuesto con anterioridad, nos consideramos más próximos a esos planteamientos caracterizados por el cuestionamiento radical que despliegan en torno al sentido de la actividad que ellos mismos –técnicos de un saber práctico- desempeñan y la función social que cumplen como detentadores de un *Saber* y poseedores de una *Práctica* (CASTEL, R., RENFUELES, G., DONZELOT, J., 2006). Por eso, y antes de presentar los recursos prácticos desplegados para la recogida de información en torno al tema que nos ocupa, debemos aclarar el significado que estamos dando a esta investigación y las implicaciones metodológicas, epistemológicas y técnicas¹⁰⁶ que conlleva hacerlo (IBÁÑEZ, J. en GARCÍA

¹⁰⁶ Metodológicas (*qué hacer*), epistemológicas (*por qué hacer*) y técnicas (*con qué hacer*).

FERRANDO, M. et al, 2003: 57-97). Es decir, cómo nos hemos organizado para hacer aquello que queríamos hacer.

En este estudio discurren dos procesos de forma paralela que dialogan entre sí. De una parte, tenemos el producto del trabajo desarrollado: lo investigado *-la observación activa-*; y por el otro encontramos la propia lectura en transición que el investigador hace de su tarea: lo surgido de lo investigado *-la acción observada-* (Ibíd.: 69)¹⁰⁷. Creemos necesario visibilizar este doble hacer porque tras él subyace un proceso de maduración, tanto del objeto de estudio como del sujeto investigador que lo aborda, que avala la afirmación de que “*un sujeto en proceso es la única medida de un proceso social*” (Ibíd.: 84) poniendo en relieve la necesidad de clarificar ese constante doble trabajo de cuestionamiento tanto ajeno como propio.

La primera parte revela las intenciones propuestas en el arranque de nuestra tarea: conocer de forma concreta y profunda la respuesta (universal, selectiva e indicada) que dan ciertas organizaciones a una población en materia de drogodependencias *-diseño cerrado-*. Mientras que la segunda, por su parte, muestra el recorrido y las reorientaciones asumidas según maduraba la investigación y que cristaliza, como producto, con la construcción de un cuadro de posiciones discursivas en el que anclar la complejidad generada en torno al fenómeno de la droga *-diseño abierto-* (Ibíd.: 80)¹⁰⁸.

Somos conscientes de los posibles límites y carencias que puede tener lo sociológico en un campo donde la mirada asistencial y sanitaria ha tenido mayor relevancia a la hora de ofrecer una respuesta en un escenario de urgencia social. Por ese motivo, nuestro interés se centra en conocer y mostrar la manera en que puede ser útil un análisis sociológico -y un sociólogo- en el campo de las drogodependencias y su intervención (GONZÁLEZ de AUDICANA, M. en VV. AA., 1993: 97-115). Esta afirmación es el fruto de la maduración de

107 Reproducimos la cita: “*La investigación social es un modo de tomar medidas de la sociedad, en el doble sentido de tomar medidas a (observación) y tomar medidas sobre (acción)*”.

108 ¿Dónde o en qué punto podemos marcar el alcance de nuestras hipótesis y cuáles serán los resultados de lo propuesto? Evidenciar este doble proceso (la *observación* y la *acción*) y justificar su necesidad es algo fundamental en nuestra investigación ya que nos brinda la posibilidad de abrir el espacio para visibilizar las diferentes operaciones (redimensionar, corregir, acotar, descartar...) con las que el sujeto investigador reorganiza su actividad según va madurando tanto la investigación como su propia mirada: ¿hasta qué punto el ojo del observador está implicado en el campo de observación?

esas intenciones iniciales para este estudio: la necesidad objetiva de delimitar un marco de referencia propio que asiente las bases de un enfoque orientado a analizar los discursos sociales sobre la realidad de las drogodependencias. Y un latido interno reflejo de esa imaginación sociológica asumida que nos empuja a materializar ese impulso innato por conocer el funcionamiento de las cosas “desde dentro”¹⁰⁹ en un *saber hacer* particular donde la pregunta es el reflejo y la contramedida de esa inquietud por la respuesta.

Por otra parte y yendo más allá de la necesidad de concreción operativa de ese pensamiento, hemos comprobado que los enfoques al contrastarse en las acciones desarrolladas en el presente se han modificado, al verse proyectados a medio y largo plazo, según se avanza en los intereses particulares de la investigación. Esto explica que en este trabajo se mezcle lo específico de lo que queremos saber con lo amplio de aquello que aún nos queda por saber. De esta forma, el trabajo aquí producido es el resultado-articulación del propio recorrido, y la metareflexión surgida de este caminar-se, que el sujeto investigador realiza durante el tiempo que ha durado, y dura, su exploración (IBÁÑEZ, J., 1985: 20-28). De ahí que concibamos esta investigación como la plataforma -a construir- sobre la cual desplegar elementos de análisis más ambiciosos y de más largo recorrido -en permanente construcción-.

5.2. Tiempos, Fuentes, Objetivos: la realidad desborda las formas.

Hay que decir que si bien el relato de esta investigación se presenta de forma lineal y ordenada, una serie de acciones definidas que empiezan en un momento determinado y concluyen en otro posterior, el camino descrito en esa línea de tiempo no ha sido, precisamente, todo lo recto o directo que se podría desear. En el terreno de lo metodológico, esto ha significado una constante alteración de la programación diseñada

109 ¿De qué manera podemos describir ese proceso? Creemos que la sociología que desarrolla un investigador/persona viene marcada por el propio itinerario, o carrera vital, descrita por cada una de nosotras. De esta forma, ¿hasta qué punto podemos aislar la influencia que tenemos en una investigación? Para nosotros, la propia originalidad de una exploración sociológica radica en la construcción que un sujeto sociológico hace de su propio hacer y, por ende, de sí mismo como sociólogo. Así, es igual de importante la recolección que puede hacerse de un hecho “X” con las diferentes herramientas formales a nuestro servicio como todo aquello que se puede llegar a percibir en nuestra propia realidad mediante la deriva reflexiva o auto-observación (VALLES, M. S., 2007: 100). Siempre y cuando el rigor y la honradez para con las personas participantes del estudio, la investigación y el propio sujeto investigador se sitúen como pilares de la práctica.

para la realización de las entrevistas. La persona investigadora debe saber que las tareas de selección de la muestra y temporización del trabajo de campo pueden verse sobresaltadas por elementos fuera de su control y condicionar el tipo de investigación a desarrollar y los tiempos a los que ceñirse.

En el caso particular que nos ocupa, esto se ha traducido en una negociación sostenida a lo largo del tiempo para conseguir las entrevistas fijadas. De esta forma, hemos tenido que insistir y poner más que un pie en la puerta hasta que al final se han dado las condiciones para hacer las entrevistas y abordar las realidades marcadas. De la misma manera que algunas bajas en la lista inicial delimitada han sido sustituidas por actores y experiencias con un fuerte componente didáctico. Esta peculiaridad ha ido posponiendo el cierre satisfactorio de esta parte de la investigación al mismo tiempo que se ha traducido en un ejercicio sostenido de adaptación para calibrar la investigación en función de las posibilidades que se iban materializando. Así, cuestiones como la legitimación del propio investigador para realizar lo que se propone o la preocupación de lo que se pueda desprender de lo dicho en esta investigación han influido de igual manera que las particularidades técnicas y materiales que puede implicar la realización de unas entrevistas a profesionales y expertos temáticos.

Uno de los principales límites encontrados a la hora de seleccionar las fuentes de información ha sido marcar el rango o el nivel de éstas: ¿podemos establecer qué tipo de fuentes son más fiables en función de una caracterización basada en los métodos y formas para su extracción?, el valor de dichas fuentes, ¿reside en su naturaleza, en la forma en la que extraemos la información o en la forma en las que las interpretamos? Es más que evidente la existencia de una serie de mecanismos, nomenclaturas y conceptos orientados a definir la naturaleza de cada una de ellas, facilitar su manejo y responder a estas preguntas, pero: ¿nos siguen siendo útiles? Tras estas preguntas lo que queremos evidenciar es la existencia de una complejidad y una polémica más allá de los manuales metodológicos que se traduce en una encrucijada para el sujeto investigador que refleja, como producto, las decisiones tomadas *-in vivo-* para seguir avanzando en el despliegue de su actividad y en la maduración de sus planteamientos.

Cuando hemos acudido a los diversos informes y documentos oficiales para ahondar en la exploración del fenómeno nos hemos quedado con un cierto sinsabor que refleja la

conciencia de saber que no toda la complejidad de las drogodependencias está recogida en los documentos que sintetizan tendencias en los consumos y exponen las principales estrategias para la intervención. Una sensación que también hemos tenido cuando nos hemos entrevistado con algunas de las personas participantes y nos han transmitido, por ejemplo, una cierta linealidad en sus aportaciones. O cuando hemos escuchado las diferentes visiones que las personas, tanto consumidoras como no, han compartido con nosotros de forma espontánea. Sentíamos que o se nos escapaba o nos estábamos perdiendo algo.

De ahí que optemos por un segundo filtro interno que catalogue las fuentes en relación a su origen y, además, en función del tipo de imágenes que construyen y transmiten en sus diferentes expresiones sobre el fenómeno de la droga -qué dicen y qué están diciendo-. De esta manera las fuentes no son solamente primarias o secundarias, sino también dogmáticas y críticas, pragmáticas y utópicas, científicas e intuitivas, sensacionalistas y objetivas, sofisticadas e intuitivas; en términos de creencias y evidencias. Esto ha hecho que consideremos el objeto de estudio, la droga como indicador social, como un artefacto en permanente construcción que puede ser situado en función de las múltiples definiciones presentes en los imaginarios colectivos. Un panorama en el que las fuentes vivenciales propias del investigador -aquello que vemos, oímos y analizamos como sujetos actantes- son el hilo vertebrador para la presentación de una visión ordenada de dichas cosmovisiones o representaciones culturales y subjetivas.

Llegados a este punto, se hace más que evidente que la práctica sociológica exige y obliga a una plasticidad y flexibilidad tal que termina por transmitirse a los propios intereses y formas de un proyecto. Más aún cuando se trata de un estudio exploratorio, de corte cualitativo y con una intención interpretativa. Este estudio es un ejercicio de aprendizaje en el que la metodología no pretende ser un corsé que limite nuestra capacidad de movimiento, sino un armazón que permita transmitir las intenciones de esta investigación de una manera lo suficientemente amplia como para apuntar tendencias. Al mismo tiempo que atiende a los límites del radio de acción de su actividad y las variaciones del contexto. De esta manera definimos dos tipos de objetivos: cognitivos y operativos.

Los **objetivos cognitivos** delimitan las tareas asociadas al reconocimiento del marco de referencia:

- *Conocer e identificar la red de organizaciones y recursos en los que toma forma la respuesta institucional en el ámbito de las drogodependencias.*
- *Conocer y comprender la variedad de políticas públicas y respuestas que estas organizaciones producen en materia de intervención.*

Por su parte, los **objetivos operativos**, sintetizan los intereses concretos de la parte más práctica de esta investigación:

- *Identificar los principales elementos del discurso hegemónico existente en el campo de las drogodependencias.*
- *Visibilizar el carácter estructural y estructurante de los discursos institucionalizados que naturalizan el objeto social, o misión, de su práctica.*

Con estos objetivos marcados nos encaminamos a desarrollar las entrevistas planeadas y enfocarnos en obtener unas conclusiones a partir del material producido.

5.3. Despliegue metodológico: concretando el y sobre el terreno.

Como decimos, la investigación que nos propusimos al comienzo de nuestra andadura ha tenido que asumir ciertas reorientaciones que han empujado a este trabajo hacia el espacio desde donde hoy escribimos. Esto ha hecho que entendamos la investigación como una herramienta operativa, consciente de las condiciones de su gestación y capaz de ofrecer un panorama definido de la exploración realizada en este campo durante su maduración. De esta manera, y de forma consecuente con el hecho de evidenciar esa reorientación, nos vemos obligados a presentar una exposición sobre ese despliegue metodológico.

Si bien encontramos un punto de referencia claro, una perspectiva cualitativa, el hecho de poner en práctica dicha metodología es un ejercicio que va más allá de la mera adscripción a una ortodoxia o heterodoxia en las formas de aplicar unas pautas comunes por parte de aquellos y aquellas que decidimos abordar un hecho social. Esto que decimos se debe a que a la hora de desarrollar el trabajo de campo, éste ha decidido responder a su manera y modificar nuestras expectativas respecto a la parte práctica de la investigación. Este posicionamiento del que partíamos, casi de antropólogo inocente (BARLEY, N., 2005), se vio

modificado tan pronto como comenzamos a negociar con la primera organización sobre la que decidimos centrarnos. Eso hizo, en consonancia, que nuestra práctica se tradujese en una actitud decididamente abierta hacia lo que iba apareciendo en nuestra deriva para ser capaces de aprovechar todo aquello que se nos presentaba como práctica y así obtener el máximo de información posible de esos puntos conectados con el tema en cuestión.

De esta forma, el trabajo de nuestra investigación es el reflejo de la capacidad de adaptación desplegada frente al escenario que se nos ha ido presentando según se concretaron las diferentes entrevistas que sustentan, desde la fortaleza que otorga desarrollar una práctica con una metodología que la respalda, el grueso de nuestro hacer más allá de la teoría.

5.3.1. La entrevista como opción práctica elegida: entre la entrevista semi-estructurada y la conversación abierta.

¿Es posible obtener la misma información utilizando diferentes herramientas? Dar respuesta a esta pregunta implica un posicionamiento que va más allá de lo metodológico y que se sitúa un paso por delante de nuestros objetivos concretos para este trabajo; más aún si partimos de la necesidad/oportunidad de abrir el espacio para dar cabida a otros enfoques de investigación¹¹⁰ que puedan redundar de forma positiva en el marco de investigación general sobre este tema. No obstante, somos conscientes de la necesidad de generar un documento capaz de certificar unos determinados conocimientos y capacidades a la altura de lo que se nos pide.

Partiendo de las condiciones particulares y del contexto al que nos fijamos, hemos recurrido a la entrevista semi-estructurada y en profundidad¹¹¹ como principal, y reconocible, herramienta de aproximación y generadora de información. Ésta nos es útil porque con ella podemos acercarnos, a través de los discursos manifestados, a las elaboraciones significativas que los sujetos hacen de los hechos sobre los que les preguntamos y sobre las

110 Práxicos o dialécticos (VALLÉS, M. S., 2007: 42-43).

111 El hecho de adscribirnos a esta etiqueta se debe a la necesidad de fijar nuestra práctica a un modelo de entrevista que permita al lector situar lo que hemos hecho. A partir de aquí, se abre el campo para comenzar a matizar las diferencias que podamos encontrar respecto a la técnica la que nos referimos y hallar influencias o similitudes de otras técnicas basadas en la conversación.

cuales orientan sus prácticas. De esta manera podemos ahondar en aspectos estructurales que la perspectiva distributiva ha podido pasar por alto y que nosotros consideramos relevantes a la hora de profundizar en el fenómeno de la droga. Desde un punto de vista práctico, esta herramienta nos da la posibilidad de preparar una serie de preguntas como guía para la dinámica conversacional y, al mismo tiempo, permite la posibilidad al entrevistado de marcar otras líneas sobre las que trabajar en dicha interacción y que pueden haber sido ignoradas en el diseño previo. Así, nos enfrentamos a un encuentro acotado o referido a ciertos temas sobre los cuales poder conversar y cuyo objetivo, al menos el nuestro, consistirá en hacer emerger la mayor riqueza discursiva posible que pueda permitir tanto la técnica como los participantes de y en ella.

5.3.2. La toma de (los) contacto(s).

La intención inicial que establecimos para nuestro estudio fue conocer de forma exhaustiva, y desde un punto de vista goffmaniano, los centros de atención a las drogodependencias: comprender su funcionamiento, conocer las dotaciones y recursos disponibles, analizar la respuesta que se ofrece en estos servicios, conocer las impresiones de aquellos que trabajan y hacen uso de esos espacios, visibilizar las relaciones existentes entre profesional y usuario, captar las actitudes de los diferentes actores presentes en este proceso, recoger la visión que tienen los vecinos donde se localizan estos recursos, conocer la influencia que tienen estos servicios en la carrera desviada del sujeto drogodependiente... un análisis profundo de una respuesta determinada, anclada a un espacio y para una población con una problemática definida. Tras un acercamiento preliminar e inicial a algunos de estos centros (Distritos Tetuán y Hortaleza) para conocerlos y darnos a conocer, los profesionales de estos espacios nos derivaron a la sede central del Instituto de Adicciones ya que la autorización de aquello que nos proponíamos excedía sus competencias específicas y era una decisión a tomar por los responsables del IA autorizados. Esta cuestión ya nos puso en el aviso de que no todo iba a ser llegar, ver y entrevistar. A partir de aquí comenzamos a exponer y negociar con la Subdirectora General de Coordinación de Programas del IA, como profesional indicada, las intenciones y la posibilidad de poner en práctica aquello que pretendíamos.

El resultado final de estas reuniones se concretó en un acuerdo para la realización de una serie de entrevistas a profesionales de los diversos departamentos que conforman la institución. Esta solución pactada entre aquello que nos interesaba y aquello que nos permitían desde la organización contactada supuso la reordenación del propio sentido de la investigación: de querer conocer la práctica concreta de un servicio específico de atención nos vimos desplazados hacia la comprensión del papel que desempeña la respuesta institucional en el terreno de las drogodependencias. Sabiendo que se trataba de una institución de referencia y con una trayectoria reconocida tanto a nivel nacional como internacional, decidimos que el escenario de investigación que se abría era lo suficientemente atractivo como para proseguir por y con ese itinerario acordado. Desde ese momento decidimos realizar un estudio descriptivo de la realidad de las drogodependencias, o de su problemática, a través de las propias elaboraciones que los organismos oficiales o formales tienen sobre este asunto.

Para configurar la imagen “completa” que se tiene sobre las drogodependencias hemos recurrido al acopio y lectura de manuales, informes, guías, planes, estrategias que nos han sido útiles para comprender las líneas o grandes acuerdos desde los que se parte a la hora de afrontar el problema y las dimensiones en las que se concretiza, en términos cuantitativos o distributivos, la drogodependencia. Estas fuentes secundarias de información, centradas en una descripción predominantemente estadística del fenómeno en sus múltiples manifestaciones, son útiles para obtener la fotografía -o imagen estática- de ese contexto donde se suceden las carreras particulares de los individuos con una problemática en adicciones. Sin embargo para poder ir más allá y conseguir profundizar en lo que significa trabajar con una población con estas características es necesario recurrir, de primera mano, a informantes claves y expertos con presencia en dicho proceso.

La selección de los entrevistados del primer grupo, o primera etapa, nos fue sugerida desde la propia institución¹¹². Esto no supuso un problema porque, como más adelante pudimos

112 Un apunte metodológico: el listado definitivo de preguntas que utilizamos como guía en las entrevistas a los miembros del Instituto de Adicciones es fruto del trabajo mutuo entre el investigador y la Subdirectora General de Coordinación. Este trabajo conjunto se concretó en una serie de correos y reuniones que dieron como resultado una serie de preguntas orientadas según el departamento y a la persona a entrevistar. El hecho de definir con la persona que va a ser entrevistada las mismas preguntas que deberá contestar, o que el resto de personas conozca las preguntas antes del momento de la entrevista, nos obliga a considerar el hecho de que los entrevistados hayan podido preparar las respuestas a darnos en estas sesiones. No obstante eso no supone una

comprobar, los y las representantes de los diferentes departamentos con los que hablamos fueron trabajadores de un CAD durante una etapa profesional anterior y en la actualidad forman parte del cuerpo técnico que trabaja en la sede central del IA y que se dedica a gestionar los diferentes programas que salen de cada departamento. Todas ellas llevan más de diez años desarrollando su actividad en este campo, por lo que creemos que su perfil cumple con nuestras expectativas -saben de lo que hablan-.

Atender, en un primer momento, a la especificidad del perfil y que éste sea homogéneo¹¹³ implica dejar de lado otras visiones con igual importancia pero no igual de importantes. Este límite estuvo presente en nuestro hacer desde los inicios de la investigación pues ya entonces nos propusimos ceñirnos al discurso elaborado por los profesionales de una institución de referencia. No obstante, a partir de esta introducción periférica o lateral (por el rango o límite de la investigación) hemos establecido determinados puentes o proyecciones para situar esta mirada dentro de un marco más amplio que permita, una vez madurado, señalar determinadas claves que sirvan para abrir paso dentro de la complejidad existente en la cuestión de la drogodependencia -como realidad subjetiva y como objeto de estudio-.

Como se señala en el marco de referencia, tanto los profesionales como las organizaciones contactadas son nodos en los que se encarnan ciertos saberes producidos a lo largo de una práctica. De esta manera, el rasgo común bajo el cual podemos agrupar a la totalidad de nuestros entrevistados -y darles, de esta manera, un rasgo distintivo propio- es el de

barrera, pues lo que nos interesa es captar la respuesta formal a preguntas específicas y la forma en las cuales se presentan esas respuestas y nos advierte de la multitud de elementos y niveles a considerar una vez nos enfrentamos al análisis de discurso.

Estos dos elementos, la selección de los entrevistados y la construcción conjunta de las preguntas a realizar, hace plantearnos hasta qué punto somos, como investigadores, capaces de aplicar ese doble movimiento de pinza, o captura, del que habla Jesús Ibáñez a la hora de elegir un *“dispositivo de acción”* para *“tomar medidas”* (IBÁÑEZ, J. en GARCÍA FERRANDO, M., 2003: 69-76).

113 Aunque este factor existe y es un límite al que nos enfrentamos en nuestra práctica, no ignoramos que la diversidad no viene dada por el perfil, o los perfiles seleccionados, sino que depende en gran medida de lo que nuestros entrevistados sean capaces de o quieran transmitirnos y nosotros, por nuestro lado, de captar/desentrañar de aquello que nos dicen y contrastarlo con eso que pre-suponemos.

encontrarnos ante profesionales con una dilatada experiencia¹¹⁴ en los espacios donde se emplean ya sea de forma remunerada o no.

La incorporación de un segundo grupo de entrevistados se debe a una sugerencia metodológica de nuestro director: sabiendo que todos los entrevistados pertenecían a la misma organización o a su entorno, era necesario captar el discurso de actores externos a ésta para poder recoger elementos de contraste y no desatender la cuestión de la otra saturación del discurso -afines, ajenos, diferentes y opuestos-. De ahí que los espacios/organizaciones fijados para este segundo grupo respondan a las preguntas internas –entre lo teórico y lo metodológico- que nos surgen a la hora de contrastar lo ya producido: aquello que nos dicen, ¿se corresponde con la realidad de las drogodependencias y su intervención?, ¿todo lo aportado cubre nuestras expectativas e inquietudes investigadoras? Y que, nuevamente, encuentran como respuesta la obligación de conocer de cerca su trabajo para situar sus acciones y comprender las razones que impulsan su actividad.

114 Otra cuestión es comprender la capacidad y medios que tienen para desarrollar acciones y dejar constancia material, Memorias e Informes, de aquello que hacen.

5.4. Listado de entrevistas realizadas.

El resultado de la actividad investigadora durante la fase de trabajo de campo se ha traducido en la realización de un total de diecinueve entrevistas. Si bien el coste y el esfuerzo por cerrar todas y cada una de ellas ha supuesto una dilatación de los tiempos esperados para su consecución creemos que el producto presentado cumple con las expectativas marcadas y ofrecemos una muestra lo suficientemente relevante y variada como para situar al lector en el centro de la complejidad discursiva existente a la hora de definir lo que es la droga como hecho social.

Figura 6: Tabla de entrevistas

ENTREVISTA	ORGANIZACIÓN de PROCEDENCIA	OCUPACIÓN
E1	Instituto de Adicciones	Responsable Departamento Asistencia
E2: E2A y E2B	Instituto Adicciones	Técnicas Asistencia
E3	Instituto Adicciones	Responsable Programas Prevención
E4	Instituto Adicciones	Responsable Subdirección del Centro
E5	Instituto Adicciones	Adjunta Responsable Dpto. Reinserción
E6	Universidad	Catedrática (Prevención)
E7	Asociación	Médico (Asistencia)
E8	Agencia Antidroga	Técnica Prevención
E9	Agencia Antidroga	Técnica Evaluación e Investigación
E10	Agencia Antidroga	Técnica Gestión CAID
E11	Asociación	Técnicas
E12: E12A y E12B	Asociación	Responsable del Recurso
E13	EASP	Director del Ensayo
E14	PEPSA	Director del Recurso
E15	EASP	Captador
E16	PEPSA	Enfermera
E17	Usuaría de Servicios	Pensionista
E18	Usuario de Servicios	Desempleado
E19	Asociación	Militancia/Voluntariado

Podemos dividir a las personas entrevistadas en tres grandes grupos: por una parte tenemos el conjunto de profesionales del Instituto de Adicciones y de la Agencia Antidroga. Estos, a su

vez, se dividen según los departamentos (temáticos) a los que pertenecen, Subdirección, Asistencia, Prevención y Reinserción, en función de la propia estructura en la que se constituyen. Además en este grupo podemos encontrar, a modo de satélites que gravitan en torno a esta respuesta formal y concretizada, a profesionales que desempeñando su actividad fuera de la Institución mantienen convenios de colaboración formales con estas entidades para sostener y materializar sus acciones. Como ejemplo la catedrática y profesora universitaria que desarrolla programas de prevención en el ámbito educativo o el médico perteneciente a una organización que asiste sobre terreno -escenarios de consumos urbanos- a drogodependientes.

En el segundo grupo situamos aquellas prácticas que si bien pueden caracterizarse por tener un cierto componente de divergencia en términos de afinidad total respecto de lo que entendemos como visión hegemónica, éstas trabajan dentro de la cuestión de las drogodependencias desde los presupuestos de esa parte del sociograma o conjunto de acción. De esta forma y por otro lado, encontramos organizaciones y asociaciones, de las que se ha seleccionado una muestra, que desarrollan acciones de diversa índole en materia de intervención pero dada la propia naturaleza de la acción, del enfoque que asumen o por los diferentes posicionamientos, éticos, morales, ideológicos, profesionales, políticos, asociados al despliegue de su actividad, desde esas instituciones formales o de referencia es difícil llevarlas a cabo o dotarlas de más medios debido a esa variable de adhesión relativa a esos grandes consensos; incluso aquellas que son lideradas por otros organismos oficiales de ámbito regional, nacional y supranacional. Esta realidad que reflejamos no es igual para todos los colectivos, por lo que se hace necesario conocer e incorporar de forma progresiva y constante nuevas experiencias a nuestro abanico de miradas. Así buscamos encontrar los límites, o su verbalización, de aquello que sí se puede y no se puede hacer y visualizar, de esta manera, determinados puntos fijos sobre los cuales se comienzan a marcar diferentes caminos a la hora de entender la intervención en sus diferentes formas, desde la prevención hasta la asistencia.

Como último grupo diferenciado del resto¹¹⁵, hemos incluido una tercera mirada. Esta visión es la de aquellas personas que se sitúan al otro lado de la intervención y se suelen definir

115 Es necesario explicar que si bien el sociograma puede ser una excelente herramienta visual para situar a los diferentes actores y colectivos en un mapa gráfico donde fijar el número y tipo de relaciones que establecen

como beneficiarias y/o entorno o familiares de las personas beneficiarias de esos recursos, acciones y servicios en materia de drogodependencias. Incluir a este grupo responde a la necesidad de dar espacio a esas elaboraciones que no suelen ser escuchadas bien porque no tienen voz o bien porque se cree que ésta se debe oír en ciertos espacios y no en otros. Evidentemente, hay diversas asociaciones que tienen un reconocimiento y suelen estar cerca de los grandes organismos gestores de las acciones en esta materia, pero nos parece importante abrir un espacio a esos discursos no afines a esa visión hegemónica que emergen, precisamente, de esos estratos o capas sociales que justifican la puesta en marcha de toda una batería de políticas sociales orientadas a satisfacer una serie de demandas y emergencias tanto individuales como colectivas.

entre sí, para este caso particular nos interesa únicamente tener en mente la existencia de unos ejes status-afinidad que delimitan el carácter y la naturaleza de los colectivos y los conjuntos de acción. Así, el sociograma se revela como una herramienta de sistematización interna de acciones y actores presentes en la realidad social que nos preocupa, pero la clave para hacer de ella un instrumento efectivo de análisis es la incorporación del mayor número de agentes tanto en el mapa en sí como en el desarrollo de la propia tarea. Por esa razón, nos servimos de ella como una forma para saber de y desde dónde surgen los discursos pero creemos que debe ser incluida como resultado visual únicamente cuando se ha podido construir y consensuar colectivamente traduciéndose en un instrumento de reflexión significado y contrastado.

6. ANÁLISIS DE DISCURSO:

6.1. Frente al análisis de discurso, un posicionamiento discursivo (I).

“La posición del sociólogo es excepcional porque, como Humpty Dumpty está sentado sobre la estrecha pared, el sociólogo está situado entre su singularidad subjetiva y su <<rol>> social objetivo, en la frontera. [...] El sociólogo como modo singular de expresión de la sociedad produce con su discurso transformaciones incorporales en la sociedad, veredictos. De ahí le viene su poder, su poder de puntuación, su poder de transformar la sociedad, no de hecho, sino de derecho.”

IBÁÑEZ, J., 1994: 74.

Una vez acotado el terreno en el que nos moveremos -estado de la cuestión y marco de referencia-, desplegado el armazón de nuestra mirada -marco teórico- y definidas las expectativas de aquello que proponemos -objetivos y metodología-, hemos de reflejar el trabajo realizado sobre el material recogido/producido. Pero, ¿de qué manera podemos enganchar este análisis al propósito de la investigación? Sin duda esta pregunta nos obliga a tener siempre presente lo ya dicho previamente, el marco de visión del que partimos *-desde dónde entendemos el fenómeno-*, para poder dar paso a aquellas elaboraciones o discursos que nos han presentado los sujetos seleccionados *-desde dónde lo ven y desde dónde nos lo hacen ver-*.

Quizás el punto más sensible al que debemos prestar atención en nuestra práctica es la saturación discursiva¹¹⁶ que seamos capaces de concentrar en nuestra fase de campo. Por lo tanto, nos preocupa ser capaces de detectar, en cantidad y calidad, la riqueza semántica que condensan ciertos puntos fuertes, o ejes temáticos, desde los cuales los sujetos estructuran y dan coherencia a su discurso *-qué dicen y por qué lo dicen-*. Posteriormente debemos comprobar de qué manera todo lo captado puede llegar a articular-se en un mapa

116 En los años de formación académica nos hemos topado constantemente con este fenómeno. Profesores y autores subrayan este aspecto como la clave para el éxito o el fracaso de un análisis de discurso. Entendemos que la saturación del discurso es uno de los pilares sobre los que descansa el buen hacer en la práctica cualitativa y que un mal hacer puede poner en entredicho lo que se llegue a decir (que no sea cierto, o no lo suficiente), al investigador (no sabe) o a la disciplina (no vale).

Sin embargo y a pesar de las advertencias leídas y oídas, hemos de decir que no hemos encontrado un método exacto para aplicar durante nuestra práctica. Desde nuestra experiencia recomendamos a la persona interesada en desarrollar un análisis de discurso que lea y se acerque al mayor número de fuentes posibles, bibliográficas y vivenciales, para situar lo que va a ser su práctica. No obstante, tras el aparente éxito de la saturación se esconde una multitud de reconfiguraciones producto de los sucesivos pasos que se van dando a partir de aquello que vamos recogiendo y que luego contrastamos en nuestras tablas y matrices. Por eso invitamos a la persona investigadora que busque esa riqueza más allá del discurso recogido cara a cara y que lo complemente con otros “textos” allí donde no pueda acceder o cuando lo necesite. Así la intuición y la paciencia se convertirán en los aliados perfectos para guiar esa práctica y articular el análisis.

discursivo, con sus correspondientes posiciones, basado en exposiciones construidas en/desde el ejercicio de un rol¹¹⁷. De esta forma podemos ir marcando una serie de espacios sobre los que trabajar para detectar las múltiples significaciones que los sujetos llegan a tener/dar de un mismo hecho social y ver de qué forma, estas construcciones, interaccionan entre sí. El producto final de toda esta actividad sería un mapa discursivo, en constante proceso de contraste y actualización, que nos servirá como material base para promover nuevos encuentros con los que ir profundizando en el campo de la intervención en drogodependencias.

Siguiendo ese pensamiento y siendo conscientes del esfuerzo que supone poder sondear en profundidad este tema, aún incluso teniendo todos los recursos para ello, lo que queremos es marcar una serie de temáticas, momentos e ítems en las entrevistas realizadas que creemos fundamentales para organizar una investigación más profunda sobre la realidad social -y sociológica- de las drogodependencias y de la Drogodependencia. No obstante, las restricciones prácticas no implican obligatoriamente una limitación en nuestra práctica. Para ello asumimos una posición que parte desde la escucha activa como la herramienta que nos permite levantar la mirada hacia un análisis más consciente de la complejidad (de realidades, de discursos, de vidas...) que se encuentra detrás de un hecho social en discusión.

Esto que decimos significa superar las constricciones inherentes que nos empujan a seguir una cierta rigurosidad de la herramienta tanto a la hora de plantear su utilidad investigadora como en su implementación en los espacios seleccionados. Esto obliga al investigador a tratar estos momentos como algo único y aprovechar cada segundo que pasa antes, durante y después con las personas entrevistadas para sacar la máxima¹¹⁸ información del hecho que supone tanto entrevistar a una persona con un determinado conocimiento sobre la materia

117 En una investigación podemos situar, al menos en un primer estadio, dos preguntas que implican una determinada posición respecto a las personas a las que entrevistamos: *quién lo dice y qué dice*. Por una parte hemos de reflejar que en nuestra práctica no nos importa *quién* habla, entendiendo que lo que queremos decir con esta afirmación es que, como sujeto participante, son de igual de importantes todas las personas entrevistadas y que partimos tanto del respeto y el valor de lo que dicen, de su práctica y, por supuesto, de las mismas. Pues creemos que de esta forma podemos ir trabajando hacia un escenario de mayor horizontalidad -*simetría estratégica*- en este escenario. El otro factor determinante para caracterizar nuestro hacer, como sujeto investigador, es la cuestión de qué dicen. En un primer momento podemos registrar lo dicho y exponerlo tal cual ha sido, pero nuestro análisis debe hacerse otras preguntas que ahonden en los fundamentos que sustentan lo dicho pues sabemos, a través de la práctica reflexiva, que no todos los actores/agentes no son iguales -*asimetría táctica*-.

118 Esta eficiencia debe entenderse como un interés por el aprendizaje que evita la cosificación y la instrumentalización de aquellas personas a las que conoce.

como el hecho de juntar dos personas con ciertos saberes e que intercambien impresiones sobre el asunto. De ahí que, por ejemplo, nos veamos obligados a rebatir la concepción que constriñe al investigador como un mero entrevistador cuya única función es emitir preguntas. Evidentemente, creemos necesario aplicar un determinado rigor a esa práctica *orientada a buscar respuestas y empeñada en encontrar preguntas* pero esa calidad no pasa por la rigidez en las formas, sino que descansa en la plasticidad que demuestra el investigador a la hora de moverse en la práctica.

Así, nos hemos propuesto para esta investigación acercarnos al discurso hegemónico¹¹⁹ que existe en torno, y que sirve de contorno, al problema de las drogodependencias. Como ya hemos dicho, creemos que éste se encuentra con más vivacidad dentro de aquellos espacios encargados de gestionar los recursos dirigidos hacia una población con esa problemática concreta. Pues es ahí, en la práctica institucional, donde esta posición discursiva¹²⁰ es más visible (para ser identificada) y más sensible (a ser recogida). Aunque somos conscientes de los límites que implica de construir a partir de algo mayoritario y ya establecido, aceptamos como moneda de cambio aquello que se nos ofrece para ver los límites -afirmaciones, negaciones y preguntas- que posee marco dominante: *¿qué respuesta(s) seremos capaces de encontrar/emtir?*¹²¹

119 Por hegemónico nos referimos, en este caso, a aquellas elaboraciones más consolidadas y asentadas que circulan en la realidad o discursos *de la Droga*; y, por extensión, en los discursos *sobre la Droga*. De esta forma intentamos delimitar las principales vías de aproximación establecidas en este campo de estudio y de intervención social.

120 Aunque aquí subrayemos más el aspecto discursivo -lo dicho-, en nuestro análisis situamos este posicionamiento como la suma de esta parte más literal junto a una práctica que, implícita y explícitamente, también “habla”.

121 Aquí hemos de tener en cuenta una advertencia que Foucault nos hace: “*Todo problema debe tener una solución, pues estamos en la escuela de un maestro que no interroga más que a partir de las respuestas ya escritas en el cuaderno; el mundo es nuestra clase*” (FOUCAULT, M., 1984: ii).

6.2. Análisis de discurso

PARTE I: la visión formal del fenómeno.

A. Droga, fármaco y adicción: elementos para la diferenciación del uso de sustancias.

A.1. Definición institucional de droga y fármaco:

Para comprender cómo funciona un recurso centrado en materia de drogodependencias, es fundamental conocer lo que entienden estas organizaciones por droga. Para ellos, la institución representada en sus profesionales, la droga es un concepto que puede delimitarse claramente si atendemos a una serie de elementos que la caracterizan como lo que es. Para poder ofrecer una definición de lo que es la droga, entendida como drogodependencia, las y los entrevistados nos dicen que hemos de recurrir a aquellas instituciones y herramientas que se esfuerzan en generar un marco de referencia común en este tema para saber de qué estamos hablando: una enfermedad crónica que afecta a la Salud.

E2B: “Yo creo que ahí nos podemos remitir a lo que dice la ley de drogodependencias¹²². Es decir, la drogodependencia es una enfermedad crónica y como tal tenemos que tratarla, pero teniendo en cuenta, también, el concepto de salud que dicta la Organización Mundial de la Salud y que cada vez más, afortunadamente, la tenemos en la cabeza”.

E2B: “Es decir: la salud no es una salud física, sino que psicológica, psicosocial... Es decir: tener contacto con unos ámbitos que tienen que ver con la salud”.

E1: “El concepto de droga¹²³ lo distinguimos muy bien. El concepto de droga es aquello que estás consumiendo y aunque sepas que te está produciendo unos efectos adversos, secundarios, muy importantes en tu vida y en tu entorno, no dejas de hacerlo”.

¹²² “Drogodependencia: Trastorno adictivo definido como aquel estado psíquico, y a veces físico y social, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable por consumir una droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación”. Art. 4.1 de la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

¹²³ “A los efectos de esta Ley, se considerará como droga toda aquella sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste, siendo capaz de generar dependencia, provocar cambios en la conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social”. *Ibíd.*

Uno de nuestros intereses a la hora de delimitar el espectro que ofrece el concepto de droga, es conocer la relación que existe entre este concepto y el de fármaco; relación que situamos en torno a la raíz etimológica de la palabra como contexto en el que ubicar ambos conceptos. De aquí se desliga la diferencia que se hace, desde el discurso médico en este caso, entre fármaco y droga. La diferencia entre una y otra pasa por los efectos que se buscan con la sustancia, la cantidad de la dosis administrada, la existencia de un profesional adecuado y capacitado para prescribir ese fármaco y que supervise dicho tratamiento, su continuación y la propiedad de la prescripción de dicha sustancia. De ahí se descarta la posible ambigüedad terminológica en la práctica pues son una serie de medicamentos destinados a una población con una problemática concreta:

E1: “Cuando tú estás tomando un fármaco lo estás tomando a una dosis determinada, prescrito por un médico... para conseguir un efecto determinado y no abusas de ello. Cuando una persona abusa, por ejemplo, de benzodiacepinas porque se está tomando más de lo que necesita, se está tomando para conseguir unos efectos que no son los que se desean y además, no se lo está prescribiendo nadie”.

E1: “Si yo, por ejemplo, te pongo un lexatin, uno y medio cada ocho horas porque tienes ansiedad, tú te estás tomando eso como fármaco. Pero si tú coges el lexatin o uno y medio y lo sigues tomando durante 5 años, aunque no tengas ansiedad...lo subes a 8 pastillas diarias y lo mezclas con alcohol estás utilizando un fármaco como si fuese una droga, ¿entiendes la diferencia?”.

E2A: “Y pasa, básicamente, por la prescripción médica como cualquier fármaco. La prescripción médica establece una gran diferencia, o sea el análisis, la valoración de un médico sobre quién necesita ese fármaco o no. La prescripción médica a mí me parece básica para medicamento/droga”.

De esta forma podemos comprender que esta caracterización, basada en unos determinados patrones médicos, es la base desde la cual definen qué es droga y qué es fármaco. Cuando preguntamos por los posibles límites de estas definiciones, dos miembros del área de Asistencia ponen como ejemplo la utilización de la metadona como recurso terapéutico válido. Afirmaciones que, dada su circularidad, podemos traducir como la constatación de la justificación de un posicionamiento a la hora de plantear una respuesta terapéutica:

E2A: “Y esa es la diferencia capital que establece el IA frente otras instituciones, otros lugares que puedan utilizar, o no, la metadona. Es que nosotros lo consideramos un fármaco. Como tal me dices, no sé, otro tipo de medicamento es una droga, no es una droga...es un medicamento. Se utiliza como un medicamento con las dosis adecuadas como un medicamento y para aquellos pacientes que necesitan ese medicamento. Entonces desde ahí, no lo vemos...”.

E2A/B: “Es lo que te queremos decir, es lo que te estamos comentando... No es una droga, es un fármaco. Y esa es la diferencia capital”.

A.2. Los fármacos como herramienta eficaz y contrastada:

Una vez dibujada una primera línea de referencia, más o menos teórica, en torno a las diferencias existentes entre droga y fármaco, es necesario conocer el papel que juegan los fármacos dentro de la respuesta en materia asistencial. El principal motivo que apuntan para su aplicación es que la drogodependencia es una enfermedad cerebral debido a las modificaciones cerebrales que producen las adicciones y que, por eso mismo, debe ser corregida:

E1: “Los fármacos se utilizan porque el tema de la drogodependencia es una enfermedad cerebral, ¿vale? Es una enfermedad cerebral porque afecta a una zona del cerebro. Las adicciones afectan a una parte del cerebro, que es la zona tegmental ventral que digamos que es la zona límbica... Lo que hace es alterar los sistemas de los neuroceptores como la adrenalina, dopamina...”.

Para conocer cuáles son las bases para justificar esta afirmación, la drogodependencia como enfermedad mental, preguntamos acerca de la relación existente entre la definición que manejan de este problema y la adhesión a determinados manuales o grupos que se encargan de catalogar estos trastornos; en especial sobre la APA y el DSM. La clave para su adhesión es la necesidad de manejar una serie de criterios, de carácter científico, basados en la realidad y funcionales, para responder a esa realidad:

E1: “Partiendo de la realidad, tenemos que tener unos criterios diagnósticos para entendernos todo el mundo, ¿vale? En el cáncer pasa lo mismo; tú tienes una clasificación de cáncer tipo I, tipo II, tipo III o tipo 0 y si resulta que en Australia dicen que tiene un cáncer tipo 0, me tengo que poner de acuerdo para que los mismos criterios de Australia los utilice yo para poner qué es tipo 0”.

E1: “Sobre todo, date cuenta que la drogodependencia forma parte de un trastorno psiquiátrico, quiero decir, un trastorno mental. Por lo tanto, no solamente las drogas sino que todas las clasificaciones -el APA, que es el mundial de psiquiatría...- se reúnen una serie de expertos para revisar los criterios, tanto diagnóstico de una esquizofrenia como un trastorno de la personalidad como un consumo de sustancias. Por eso está dentro”.

Acotada la problemática a una definición precisa -la droga como trastorno- y autorizada por una serie de expertos, es necesario caracterizar la otra cara de la moneda: los fármacos -o la droga definida como fármaco-. De ahí que la respuesta que se da en esta dimensión de la intervención sea la aplicación de fármacos para contrarrestar la influencia, o desorganización cerebral, que tienen, o provocan, las adicciones:

E1: “¿Qué es lo que hacemos con los fármacos? Los fármacos, de alguna manera, lo que hacen es volver otra vez a reorganizar lo que desorganiza en el cerebro una adicción. Regular ese cerebro que está alterado cuando le quitas la droga”.

Partiendo de esta base, la profesional explica la idoneidad y necesidad de complementar el tratamiento a drogodependientes con el apoyo de determinados fármacos, pues la única forma de atajar el desorden neuronal, y el síndrome de abstinencia, es a través de estos recursos:

E1: “Cuando se ponen fármacos en una dependencia influyen muchos factores. El primero que influye es el tipo de dependencia que tienes: si es una dependencia a opiáceos, por ejemplo, pues aparte del desorden que se produce, que te acabo de comentar de los neuroceptores, lo que se produce también es un síndrome de abstinencia. Por eso, cuando una persona es dependiente a opiáceos lo que se intenta es si esa persona quiere dejar completamente de consumir opiáceos, sintomatológicamente, se le da una serie de fármacos para que no tenga síndrome de abstinencia físico”.

Para entender la dificultad que implica esta intervención y la necesidad de afinar los mecanismos para su administración -pues no es solamente el tratamiento a aplicar por el profesional, sino los objetivos que se marcan conjuntamente con el usuario-, nos explica con un ejemplo práctico cómo se actúa con una población con una problemática de adicciones pero con una variedad de perfiles según la idoneidad del tratamiento:

E1: “En el caso de la heroína, pues son unos fármacos, más bien analgésicos y ansiolíticos porque es ansiedad y dolor lo que más se siente. Pero hay otras personas que no quieren pasar el síndrome de abstinencia, sino que quieren de una forma... Llevan muchos años consumiendo heroína y lo que se intenta es dar un sustitutivo, un agonista opiáceo como la metadona o como la buprenorfina para que esa persona no tenga un síndrome de abstinencia muy brusco cuando estén tomando un sustitutivo opiáceo, que no es opiáceo porque es algo farmacológico pero es parecido al opiáceo, a unas dosis que va a ir bajando, poquito a poco, pues alrededor de unos años...una media de 5 o 6 años, ¿vale? Entonces por eso hay un fármaco, que en el tema de las drogodependencias se utiliza mucho, que son los sustitutivos opiáceos: metadona y ahora, últimamente, la buprenorfina”.

A lo que agrega la necesidad de atender a la propia sustancia que motiva ese tratamiento ya que no existen recetas mágicas, o panaceas, para ello, pero sí la constatación de una cierta desregulación en el funcionamiento cerebral. Y por nuestra parte la confirmación de la existencia de una suerte de panoplia de tecnología farmacológica como suplemento capital en su reorganización:

E1: “Hay otras drogas como la cocaína y estimulantes o como el cannabis que producen, lo que te acabo de decir, alteraciones en el cerebro. No existe, ahora mismo, ningún fármaco que pueda ser un sustitutivo como en el caso de los opiáceos, la metadona para la cocaína. Pero para eso se utilizan diferentes fármacos, en este momento, para poder reorganizar esa desregulación que tienen los receptores del cerebro”.

E1: “En el tema de la cocaína, pues lo que te decía, se utilizan más fármacos, pues tipo: antiepilépticos, antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos... y dependiendo de los síntomas que tenga el paciente o de si un paciente tiene mucha impulsividad en el consumo o no, o si un paciente tiene una patología dual”.

Una idoneidad respaldada por la mejora y evolución que los fármacos han sufrido en los últimos años:

E1: “Antiguamente, los fármacos tenían muchos efectos secundarios. Ahora, los fármacos tienen menos efectos secundarios. Los psicofármacos han cambiado mucho en los últimos 20 años. Es decir, cuando una persona tomaba antes antidepresivos tenía muchos efectos secundarios o cuando tomaba neurolépticos de primera generación como podía ser el haloperidol, tenían muchos efectos secundarios. Los psicofármacos han ido avanzando y tienen menos efectos secundarios. Hay antidepresivos que son mucho mejores y se están utilizando”.

Un refinamiento que reduce los efectos negativos, subidones, dependencia, abstinencia, que producen las drogas y su deshabituación u otros fármacos no tan indicados; y que nos pone en la pista de la posible no infalibilidad de estos:

E1: “No se producen los subidotes que produce una droga, ni crean unas adicciones tan rápidas como la droga, ¿sabes lo que te quiero decir? Por ejemplo: una benzodiacepina como el alprazolam o el tranquimazin, crean mucha adicción. Si una persona las toma, en seguida, empieza a tener mucha adicción. Últimamente no estamos utilizando benzodiacepinas de corta duración sino, por ejemplo, un antiepiléptico como el trileptal o el topiramato, [que] lo que hacen es no crear adicción a corto plazo, ni esa incitación al consumo de drogas”.

Por lo que concluye que la administración de la sustancia/tratamiento debe ser individualizada y personalizada a cada paciente pues no es un “café con leche para todo el mundo”:

E1: “Por eso los fármacos no son café con leche para todo el mundo: se van adaptando mucho al tipo de sustancia, a los efectos que se producen, a los síntomas que tiene y se va adaptando un poco a...individualizando y personalizando en cada paciente”

De esa necesidad de clarificar que esa administración del tratamiento está contrastada y ajustada reincide en esos aspectos destacados con anterioridad para subrayar la importancia de ese diseño, cuyo objetivo es siempre redundar en la continuación del proceso de deshabituación:

E1: “O sea que yo te haya dicho que se utilicen fármacos no significa que a diestro y siniestro se administren fármacos... Si no que también es verdad que, en un momento determinado, se valora y se ve pues qué tratamiento farmacológico es el más adecuado en cada momento”.

E1: “Es muy importante, primero: no poner fármacos al tuntún, saber lo que estás poniendo, elegir aquellos que la posología y los efectos secundarios sean menores... para que tú tengas una persona que sigue tomando los fármacos. Porque si tú te aseguras que toma el tratamiento farmacológico junto con la psicoterapia y otras cosas que se hacen en los centros, vas a asegurar que haya menos recaídas. Por eso es importante que elijas los fármacos que menos efectos secundarios tienen, que tengan una posología fácil y que además sean, para ellos, útiles. Si no, dejan los fármacos y siguen consumiendo”.

Esto hace que la intervención farmacológica sea, definitivamente, un pilar más a tener en cuenta a la hora de ofrecer una respuesta biopsicosocial en materia de asistencia en drogodependencias:

E1: “Es un pilar más, muy importante. Quiero decir, hoy en día es inconcebible un tratamiento que no sea biopsicosocial. Es decir: es inconcebible que un paciente no tenga un tratamiento médico. Y médico no significa que siempre haya que ponerles fármacos, pero bueno...eh...en muchos, no te voy a mentir, quiero decir, muchos pacientes están tomando fármacos, ¿vale? El tratamiento médico es importante, el tratamiento social es muy importante y el tratamiento psicológico, también. O sea es inconcebible, sin esos pilares, que puedas tratar una drogodependencia”.

E1: “Si, por ejemplo, tú tienes que tener la noradrenalina, la dopamina, la serotonina... a unos niveles determinados; y cuando tú eres un adicto, los tienes bajos. Si yo te desintoxico y te dejo con niveles bajos de neuroceptores, tu calidad de vida va a ser fatal. Con lo tal, yo te tengo que dar unos fármacos determinados para volver a recuperar lo que tú estuviste bajando o subiendo, dependiendo del cerebro con la droga”.

Un pilar que se apoya en la experiencia y en el impacto beneficioso que este recurso tuvo a la hora de intervenir ahí donde se necesitaba. Más aún si se compara con la etapa donde no existía dicha herramienta:

E2A: “Hombre, nosotros que empezamos, cuando yo empecé a trabajar y creo que cuando tú empezaste a trabajar [refiriéndose a E2B] todavía en Madrid no había metadona, no se utilizaba la metadona...Hemos podido ver la diferencia que hay de tener ese recurso o no tenerlo. Es un recurso muy válido pero no quiere decir que sea útil y necesario para todo el mundo. Es decir, hay que saberla utilizar con aquellos pacientes que es muy necesario y muy útil y con aquellos que no la necesitan, no”.

Un recurso-tratamiento tan necesario que no puede tan siquiera ser discutido debido a la gravedad del asunto y los daños que pueden producir planteamientos contrarios al “a una dependencia hay que darle fármaco cuando se necesitan”:

E1: “El planteamiento de que a las adicciones no pueden ponérsele fármacos pues es un planteamiento antiguo, obsoleto y causó mucho daño a la población, ¿vale? Quiero decir, cuando hubo gente que pensó que los síndromes de abstinencia había que pasarlos a pelo y que no había que poner ningún fármaco con drogodependientes... Se murió mucha gente, mucha gente en el mundo.... Por una creencia que no era cierta, es como si intentas que una hepatitis no haya que darle ningún fármaco. A una dependencia hay que darle fármaco, cuando se necesitan. Al igual que a un cáncer hay que darle fármacos cuando se necesita, porque son enfermedades. Son enfermedades cerebrales y son enfermedades que pueden causar que alguien se suicide, que tenga alucinaciones, que se clave un cuchillo, que mate a alguien o que se muera de un síndrome de abstinencia...En alcoholismo, un alcohólico puede morir de síndrome de abstinencia si no le tratas con fármacos. Entonces, es que no entiendo más sobre eso, quiero decir que es que no le voy a dar más vueltas, es como si a un cáncer no le tratas con fármacos. O sea, es que es así. No hay otra cosa”.

A.3. Las adicciones entendidas desde un enfoque biopsicosocial:

Una vez situada la droga como un proceso que establece un sujeto con una/s sustancia/s, hemos de profundizar en comprender la lectura que los entrevistados dan a la adicción; entendida como la expresión o el reflejo de un comportamiento patológico:

E4: *“Yo creo que en un extremo, si lo pusiéramos en un extremo, yo diría que cualquier conducta llevada a un extremo podría ser objeto de una adicción”.*

La base de este argumento se encuentra en la similitud que tienen las adicciones sociales y las adicciones químicas:

E4: *“Lo que nosotros pensamos es que las adicciones que llamamos sociales o comportamentales y las adicciones químicas no se diferencian tanto. Es decir: sí que es verdad que hay una cosa importante. En unos casos hay una sustancia química de por medio y en otros no la hay. Y que esa sustancia química tiene unos efectos directos sobre el sistema nervioso y sobre el organismo; y en los casos donde no hay esa sustancia química, pues no están. [...] Es decir: entre un ludópata, por ejemplo, y un dependiente del alcohol tampoco hay tantas diferencias”.*

Lo fundamental es la relación y el vínculo que el sujeto establece, en el momento y en el tiempo, con el objeto/sustancia/conducta dejando al individuo a merced de este último e incapaz de decidir por sí mismo:

E4: *“El proceso es muy similar. Es decir: hay algo... puede ser una sustancia o puede ser una actividad o un objeto que atrae a un sujeto. Si ese sujeto frecuenta ese objeto o esa conducta mucho tiempo y se va sintiendo cada vez más pillado con esa conducta, con ese objeto o con esa sustancia, más enganchado y, poco a poco, esa sustancia va tomando el mando de la vida de esa persona. O esa conducta. Va tomando el mando. Y llega el momento en que ya esa persona no es libre para decidir, por ejemplo, cuánto tiempo me paso jugando o cuánto dinero me juego o cuánto tiempo me paso en Internet o cuánto ya no... o cuántas cosas me compro hasta que me arruine y ya no me compro más...”.*

Reiterando que la base común de todo ello es la pérdida de la capacidad de decisión. Una incapacidad que puede extenderse a todos los ámbitos de tal manera que termina por controlar su vida:

E4: *“En realidad, es lo mismo. Llega un momento en que empieza a ocurrir que ya el sujeto no es libre para decidir cómo controla esa sustancia o esa conducta. Que es la conducta y no la sustancia la que le controla a él”.*

E4: *“Pierde autonomía, pierde la libertad y, poco a poco, todas las demás esferas de la vida de esa persona: la esfera familiar, la esfera social, la esfera laboral... Caen por el agujero de esa adicción. Hasta, te podría decir que, hemos visto casos que dejan hasta de comer, para jugar o para lo que sea”.*

No obstante: ¿por qué unos son más proclives que otros a la adicción? Principalmente podemos atender a) a la especificidad caracterial o psicosociológica de los sujetos y b) a los cambios neurológicos que producen dichas adicciones. Elementos que acaban por modificar la propia estructura cerebral del sujeto hacia esa adicción:

E4: “Pues mira, hay muchísimas razones. Hay, es verdad que hay personalidades más proclives, digamos, personas que están solas, aisladas socialmente. Personas que tienen pocas ilusiones en la vida y pocos objetivos en la vida, personas con dificultad para llenar esos vacíos afectivos o vitales. Digamos que son más propensos. Que no quiere decir que lo vayan a desarrollar. Pero sí que son más propensos”.

E4: “Y, luego, no nos olvidemos que todo esto produce una serie de...mmm...cambios a nivel cerebral, eh, que están demostrados. Tanto con una sustancia química cuando la hay como cuando no lo hay. Y donde se producen una serie de cambios en los neurotransmisores cerebrales que van formando esos circuitos adictivos que luego, todo eso, llega a tener su propio enganche”.

De ahí que las propias capacidades y recursos de los que disponen son los apropiados para atajar cualquier tipo de adicción, ya que en el fondo no son tan diferentes –respecto a la sintomatología ya referida-:

E4: “Es decir: que nosotros lo vemos así, entendemos que es así y por eso nuestros profesionales son capaces de tratar tanto una adicción al alcohol como a la heroína, como pueden tratar una ludopatía. Porque realmente no es tan diferente. En ese sentido”.

Una vez marcados unos determinados condicionantes a nivel individual, le preguntamos si realmente es un problema individual o social, si existe un momento en el cual pasa de ser un problema personal a un problema colectivo que afecta al conjunto de la sociedad, o a la inversa. Desde su subjetividad, la entrevistada afirma que no hay un salto de una esfera a otra, sino que ambas están implicadas desde un inicio y que es posible que un factor cultural sea el que determina los tipos de adicciones que existen en una sociedad y que practican los sujetos:

E4: “Yo no creo que haya un momento en el que se produzca un cambio. Yo creo que siempre hay un problema de adicción, como otros problemas individuales, es un problema social. Desde su inicio. [...] Lo cultural, los rasgos culturales de una determinada sociedad influyen y el tipo de adicciones que esa sociedad fomenta o, por lo menos, permite, ¿no? Si una sociedad es muy consumista, te pongo un caso, es muy probable que se produzcan más adicciones del tipo de consumos. Por ejemplo: hay adicciones a las compras o adicciones a las marcas o adicciones a los coches, adicciones a... En cambio, si una sociedad alimenta o un tipo de valores más de responsabilidad, de...cómo te diría yo...de colaboración con el otro, otro tipo de valores, es muy probable no que no se produzcan, siempre se van a producir, pero se producirán menos o serán otro tipo de adicciones”.

Por lo tanto, si además de estar frente a un problema individual -biológico y psicológico- vemos que es un fenómeno recubierto por ciertos aspectos culturales, ¿cuál es el enfoque a

adoptar para abordar la adicción de una forma integral? Sin duda, responder a esta pregunta requiere pensar en la adicción como un problema que afecta a tres esferas: lo biológico, lo psicológico y lo social y que, por eso mismo, deben de afrontarse desde los ámbitos individual y social:

E4: “Para nosotros el tema de la adicción, es un problema que llamamos biopsicosocial. Es decir: tiene que ver con lo biológico del individuo, hay personas biológicamente ya más con más riesgo para desarrollar según qué tipo de adicciones. Hay personas psicológicamente más proclives o con más rasgos, digamos, de mayor vulnerabilidad. Y también hay una vulnerabilidad social y unos factores sociales. Yo creo que no es bueno ni eximir de responsabilidad a la sociedad ni tampoco, que se da también ese caso, echar todas las culpas a la sociedad y dejar al individuo “pobrecito, qué irresponsable que no tiene la culpa de lo que hace”. Porque tampoco es bueno. Sobre todo no es bueno para la recuperación. Yo creo que es bueno no desresponsabilizar a la sociedad y también hacer que cada uno asuma su parte de responsabilidad en su vida y en su historia. Eso es muy importante”.

B. Construyendo una respuesta integral: la implementación de una práctica institucional y la consolidación del enfoque biopsicosocial.

Bajo este apartado se agrupan todas aquellas aportaciones que creemos sirven para dar una imagen concreta de una respuesta pública que se articula en diferentes organizaciones, y reproducida en múltiples niveles, para dar una respuesta orientada a abarcar un problema social, por definición, complejo. Este eje trata de mostrar determinados aspectos fundamentales para comprender en qué tipo de respuesta se transforman todas esas políticas y de qué manera se ha ido generando un determinado conocimiento autorreflexivo, fruto del análisis de su práctica desde que naciera esa necesidad de evaluación y programación, que ha servido para consolidar un determinado saber desde el cual anclar una intervención. Pero, ¿por dónde empezamos?

Para facilitar la lectura y comprensión del esquema que vamos marcando, es necesario explicitar que la construcción presentada es el reflejo de cómo hemos ido conociendo esta(s) repuesta(s) que definimos como institucional: a través de entrevistas en entornos controlados y estructuradas por departamentos en función al ámbito al que se adscribe cada pregunta. De esta forma presentamos un abanico de respuestas individuales a preguntas consensuadas por ambas partes, el investigador y la(s) institución(es), que nos muestran una serie de descripciones de su actividad, concreta y segmentada, pero que parten, tal y como nos dicen, de un fondo común que sirve para darles las coordenadas necesarias para guiar

dicha actividad integral. Así, podemos decir que si bien cada uno habla de la parte de la intervención a la que se dedica, al mismo tiempo todos ellos nos ofrecen esas mismas líneas que, si se traducen en una serie puntos situados en un folio y se recorren con un lápiz, terminan por configurar una imagen/figura que identificamos con esa visión general sobre las drogodependencias y su concretización en un modelo de intervención y de gestión.

B.1. Una respuesta en movimiento: consolidación del enfoque y funcionamiento de las organizaciones.

¿Cuál es la respuesta que representan en sus acciones los profesionales de las organizaciones contactadas?, ¿de dónde surge?, ¿qué aprendizajes han ido obteniendo de y qué saberes aplican en su práctica?, ¿cuáles son esas acciones y cómo se organizan los profesionales para llevarlas a cabo?, ¿dónde se sostiene? Una vez comenzamos a situar ciertas preguntas en las áreas temáticas que nos dibujan los entrevistados, nos vemos obligados a traducir esas reflexiones surgidas del estudio de los documentos de estas organizaciones en ciertos aspectos concretos que nos ayuden a visibilizar aquello que sostenemos.

Para abrirnos paso en ese comprender el camino dibujado por la institución en movimiento, y que traducimos como respuesta integral, podemos empezar por la definición que las y los profesionales de los recursos públicos tienen de lo que son las organizaciones a las que pertenecen, de la tarea que se desarrolla desde esos espacios y los principios que guían las líneas de acción. De esta forma podemos dejar espacio a que emerjan esos relatos que justifican la necesidad y las competencias de su propia actividad, como la evolución del fenómeno de la esfera social al ámbito sanitario:

E8: “Empezaría, primero, situándote qué es el organismo de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y cómo surge y cómo nace. La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid es un organismo autónomo de la Consejería de Sanidad que viene a ser creado por una ley de 11 de diciembre de 1996 que ya por la propia creación de la AA¹²⁴ se le concede toda la competencia en materia de drogodependencias en la Comunidad de Madrid¹²⁵. Viene a actualizar la fase anterior que

124 Agencia Antidroga. A partir de aquí utilizaremos las siglas AA para referirnos a este organismo.

125 Creo conveniente hacer una mención metodológica acerca del desarrollo de esta entrevista. Esta fue la segunda que teníamos programada con dicha institución una vez cerrado el acuerdo que nos permitió llevar a cabo esta colaboración. Al ser una dinámica no desconocida, pues las personas entrevistadas estaban al tanto de lo que queríamos para con ellas, esto se tradujo en una entrevista acotada o delimitada a las intenciones de

se llamó durante años el Plan Regional Sobre Drogas pero ahora ya se crea una estructura que en su día partía y dependía de la Consejería de Servicios Sociales y desde 2002 con otra ley –que te la he traído aquí- que es otra de las que nos enmarca todas las actuaciones, la Ley de Drogodependencia y otros trastornos adictivos de junio de 2002 ... nos pasa a perfilar nuestra competencia en esta materia, en las drogodependencias, pero ya desde un punto de vista más sanitario. Entonces es cuando empezamos a depender de la Consejería de Sanidad. Es decir, es cuando ya en esta ley, se dice ya en el preámbulo, que las drogodependencias se las considera una enfermedad. Una enfermedad que hay que normalizar y que hay que integrar en los sistemas normalizados de salud”.

Un organismo(s) creado expreso para dar respuesta(s) en materia de drogodependencia y que viene a actualizar y complementar a anteriores fases y etapas del PNSD y que se traduce, en términos prácticos, como un recurso público encargado de ofrecer instrumentos efectivos en esta materia en función de los departamentos, de las diferentes poblaciones diana y las problemáticas que presentan:

E9: “Nosotros somos un recurso público. Entonces, ¿cuál es, digamos, nuestro objetivo? Nuestro objetivo es el que todo drogodependiente que pueda necesitar asistencia la vaya a recibir. Los principios fundamentales son los de igualdad, en el sentido de que no hay ninguna cortapisa para que ninguno no reciba tratamiento, eh. Porque no hay consideraciones de ningún tipo, ni de legalidad ni de ilegalidad. Los recursos son recursos abiertos.”

Y una respuesta, resultado del camino emprendido hace más de veinticinco años, que refleja una evolución, fruto de aprendizajes propios y apropiados de otras experiencias, que les ha hecho ser un referente a la hora de dar una respuesta en drogodependencias en contextos urbanos. Una acumulación de los saberes periféricos que posee cada uno, de los espacios y de los trabajadores, que acaba por redundar en una respuesta de conjunto, y de base científica, a la que pueden recurrir todos los que desarrollan su trabajo en este campo. Un éxito y un triunfo para aquellas y aquellos que empezaron cuando no existía toda esa red que soporta la respuesta:

E4: “Te voy a decir que es posible que la ciudad de Madrid sea la ciudad con más dotación de recursos en drogodependencias. Desde luego de Europa y de muchas partes del mundo. Eso no es que sea una maravilla. Eso significa que hemos tenido un problema muy serio y tuvimos que dedicar muchísimos recursos que hace 25 años no había apenas nada. Y tuvimos que empezar poco a poco. Y ha costado mucho llegar a una red que consideremos más o menos suficiente. Pero ha costado mucho llegar. O sea, no es que sea una maravilla para nosotros tener mucho. Es que hemos necesitado mucho”.

las personas entrevistadas. Así, esta persona trajo unos documentos que recogían la información que nos quería transmitir. Y así fue durante la primera parte de la entrevista, en la que transcribimos aquello que ella creía necesario que supiera, o que quedara dicho. Poco a poco fuimos avanzando hasta que pudimos sacar esos aspectos más implícitos o más cubiertos que no suelen aflorar cuando la gente tiene un discurso preparado. No obstante, la relación entre lo consciente y lo no intencionado y cómo se entrecruzan en el discurso transmitido son elementos que deben conjugarse a la hora de analizar la información “dura” recogida.

E4: “Yo creo que hemos ido aprendiendo poco a poco de las experiencias, de nuestras propias experiencias, a veces de nuestros propios errores, también. De cómo se iban desarrollando las cosas. Ten en cuenta que el tema de drogas en nuestro país, hace 25 años, prácticamente era inexistente, la red... Entonces no había mucho de dónde aprender y de dónde extraer cosas. [...] Y poco a poco se va formando una especie de núcleo de conocimiento, al que todos aportan y aportamos. Y eso, poco a poco, lo vamos compartiendo con otras ciudades, con otros territorios del Estado, con otros países. Y bueno de eso se va enriqueciendo, se va creando un cuerpo científico que, ahora mismo, yo creo que ya se puede decir que existe pero no es que sea nuestro. Existe, está ahí y todos podemos recurrir a él”.

A la hora de construir esa respuesta científica común y contrastada, el conjunto de profesionales nos dice que la clave para poder hacer efectivo ese cuerpo de conocimiento es definir, partir de y mejorar una serie de indicadores que se implementan en la práctica y que tienen como punto fuerte, dada su propia naturaleza, una alta capacidad para ser contrastados y contruidos por múltiples actores. De esta forma se abre la posibilidad de desarrollar una serie de acciones concretas basadas en un cuerpo teórico definido que fluye por la totalidad de la red de recursos públicos:

E8: “La prevención en la CAM está muy vinculada al modelo teórico de los factores de riesgo y factores de protección. Este modelo está muy contrastado, muy contrastado. Surge en los años 80 y parte, sobre todo, de las investigaciones, de la literatura del mundo anglosajón. Más concretamente de la americana. Los americanos tienen una investigación muy por delante de la nuestra y nosotros, Europa, a través de los organismos más representativos como el Observatorio Europeo, bueno, pues vamos incorporando toda esta investigación”.

E9: “Nosotros recogemos los datos de acuerdo a un protocolo que es común a todas las Comunidades Autónomas y eso se envía al Observatorio español, y el Observatorio manda algunos de esos datos al Observatorio europeo en función de lo que se le pide [...] Luego, cosas que son comunes también: pues las encuestas poblacionales que se hacen, se hacen siguiendo el mismo criterio, con las mismas preguntas, con la misma periodicidad... Con lo cual tú tienes una visión de lo que te pasa a ti y de lo que le pasa a otras comunidades. Y, ahí, puedes ver diferencias entre tu Comunidad y otra en función de los resultados que salen.”

De esta forma y según nos dicen la totalidad de los entrevistados de este ámbito podemos hablar de la constatación de un marco normativo objetivable, una suerte de “gran molde”, de obligado cumplimiento ya que sirve de sustrato normativo para comenzar a desplegar todas las acciones orientadas a satisfacer la demanda de un servicio dentro de unos límites acotados.

E4: “Yo creo que, mira, en el campo legal no es una cuestión de opiniones. Es una cuestión que es el marco legal que hay y es el que acatamos. Para nosotros no tiene más ni menos peso un marco legal que otro. Respetamos todos, no podría ser de otra manera eh... Además, ni siquiera es a cuál le haces más caso o cuál te interesa más, es que todos están coordinados entre sí. Es una especie de gran molde, las leyes o las normas nacionales que lanza el Plan Nacional que, por supuesto, acatan todas las comunidades autónomas y todos los ayuntamientos. Pero están luego las leyes autonómicas,

como la Ley de Drogodependencia y otras adicciones de la Comunidad de Madrid. También está escrita y hecha en el marco de las normas generales y nosotros estamos dentro de esa ley y respetamos esa ley. Yo creo que el marco legal es el que es, todo él es respetado, faltaría más que no lo hiciéramos, tanto a nivel de leyes específicas de drogas, tanto como de leyes de protección de datos o de normas, yo qué sé, de todo tipo...sociales...sanitarias...todas ellas, para nosotros, son importantes. Son nuestro marco y nos movemos dentro de esos límites.”

E4: “También el Plan Nacional, de alguna forma, se nutre de legislaciones a nivel europeo y a nivel internacional. Por ejemplo al respecto al tráfico de estupefacientes: todo eso está muy coordinado y muy relacionado. Entonces como nosotros trabajamos en una esfera muy concreta, muy local, muy específica, todos nuestros proyectos están amparados en [ese] marco”.

Si atendemos a la propia estructura organizativa y nos fijamos en cómo se ordena a nivel interno, las y los profesionales entrevistados nos comentan lo mismo que hemos encontrado en las memorias que nos facilitaron: cada departamento, profesional y acción cumple una función dentro del organismo del que forman parte:

E2B: “Nosotros [la subdirección general del IA] lo que hacemos es coordinar todos los programas asistenciales de los centros de tratamiento. Y desde el departamento de Asistencia lo que hacemos es coordinar todos esos programas y todos los recursos que llevan apareados estos programas de asistencia”.

E3: “Muy resumido, la misión dentro de este departamento es la gestión de los programas. Hay todo un abanico de programa de prevención y, bueno, hay que gestionarlos, hay que seleccionarlos, hay que elegir, hay que diseñarlos, hay que planificarlos, hay que ponerlos en marcha, hay que desarrollarlos, hay que evaluarlos... Se dice en una palabra, pero contiene mucho: la simple gestión, ¿no?”.

Sin embargo eso no quiere decir que desarrollen su actividad de forma desconectada o descoordinada. Esta forma organizativa diversificada se mantiene cohesionada, además de por el marco de referencia común en el que se inscriben y el marco teórico al que se adscriben, por una comunicación que fluye por toda la red de recursos que disponen las organizaciones y un perfil multidisciplinar del/la profesional, construido y definido a lo largo de la experiencia reflejo de ese equipo interdisciplinar. Elementos fundamentales para conseguir que todo esfuerzo se incorpore a esta corriente principal:

E4: “Para nosotros no hay una gran diferencia entre los que planifican y los que hacen. Para nosotros es esencial que quien hace, planifique; y quien planifique, haga o haya hecho o esté muy en contacto con la gente que hace las cosas, tanto a nivel de prevención como a nivel intervención con pacientes”.

E4: “Yo llevo trabajando en este tema más de veintitrés años, empecé de psicóloga en un CAD, en el CAD de Vallecas, concretamente. Estuve diez años de psicóloga en el CAD de Vallecas y después pasé a llevar el Departamento del Plan Municipal Contra las Drogas, o sea, la responsabilidad de todo el tema de drogas”.

E5: “Los CAD tienen un equipo interdisciplinar donde todos, médicos, psicólogos, trabajadores sociales... van en la misma dirección, cada uno con sus instrumentos y herramientas. [...] Les

recomiendo que vayan a un CAD porque creo que está formado por un equipo que oferta, pues no sé cómo decirte, la mejor solución posible a este problema. Porque creo que el Instituto de Adicciones tiene, yo creo que tiene una oferta como más rica, con más actuaciones diferentes...”

Pero acerquémonos un poco más sobre esta cuestión de su organización y su funcionamiento profundizando en lo que nos pueden decir acerca de la estructura y cómo se concreta durante el ejercicio de su actividad: ¿es piramidal y de orden descendente o, por el contrario, posee otra forma más horizontal? En este caso marcamos la respuesta que las profesionales del IA nos dan. Nos dicen que su **funcionamiento es espiralado**: un abanico de respuestas coordinadas en reuniones donde se produce esa comunicación y donde se concretan las colaboraciones en un radio de acción situado entre lo horizontal de la Atención y lo vertical de dicha estructura u organigrama:

E4: “Yo te diría que es como una espiral. Está funcionando continuamente. Por ejemplo: con los directores de los CAD mantenemos reuniones quincenales. Que son de todo tipo: para que ellos planteen problemas, para si queremos modificar... [...] Tenemos reuniones interdepartamentales que son semanales y reuniones con el director. Y es un sube y baja de todo lo que hacemos”.

Un funcionamiento espiralado que se mueve entre una cierta libertad de cátedra, entendida como reflejo del criterio para seleccionar y aplicar respuestas refrendadas a lo largo de la experiencia, y la obligación de seguir un procedimiento o un protocolo que permita sentar un *background* unificado; sobre todo en esa intervención “suave” o que no entra dentro de los parámetros de la clínica o farmacológica:

E2A: “Desde el departamento de Asistencia se realizan los protocolos de intervención con los pacientes y en sustancias. Pero luego, todos los equipos técnicos que nosotros trabajamos, que nosotros tenemos en los CAD [...] cada uno trabaja desde su propia experiencia, de su propia, digamos, teoría. Lo que sí es verdad es que para unificar, o sea, para que, evidentemente, haya una intervención unificada establecemos protocolos”.

E2B: “En cuanto a los instrumentos que se utilizan, en cuanto a herramientas, sobre todo desde el punto de vista psicológico...porque, quizás, las herramientas farmacológicas están más protocolizadas y ahí tienes los protocolos que están publicados en donde ves qué tipo de fármacos se utilizan en determinadas situaciones”.

De tal forma, entendemos que la respuesta formal que se produce es el resultado de una serie de directrices, más o menos abiertas, que funcionan como guía para construir las características de cada intervención individualizada o itinerario terapéutico; elemento fundamental para ofrecer una respuesta integral en materia de drogodependencias:

E9: “Luego otra de las cosas importantísimas es el planteamiento de decir: “bueno pues yo voy a intentar que esos sujetos con los que he tenido un primer contacto, tengan o vayan incluyéndose en el sistema sanitario para que reciban la atención de forma adecuada”. Y luego no es sólo decir “detecto

los sujetos que necesitan Asistencia, les doy la Asistencia y después intento que se vuelvan a reinsertar en la sociedad". Es un poco el planteamiento, el recorrido que tiene la Agencia como organismo público."

En definitiva, una intervención multidisciplinar capaz de dar una respuesta integral a las necesidades de los usuarios:

E9: La ventaja del, digamos, todo el recorrido en drogas es que hay médicos, hay trabajadores sociales y hay psicólogos, ¿no? Entonces, es un equipo de trabajo muy especial. De forma que todo eso que planteas, lo están recogiendo. O sea, cuando tú atiendes a un paciente desde distintos puntos de vista profesionales, pues vas a poder recoger las distintas necesidades. No sólo la puramente médica, sino que vas a recoger las otras. Yo creo que va por ahí.

B.2. Una respuesta estructurada en departamentos:

Dicho esto podemos comenzar a comprender y encajar la forma en la cual todos los departamentos forman parte de una sola visión de conjunto. Pero, con posterioridad, este enfoque debe aplicarse a la realidad, o problemática, concreta desde la cual parte y se sitúa cada uno de los elementos que constituyen dicha visión. Así, situamos la respuesta del IA y la AA en dos ámbitos de acción y estructurada en tres ejes: por un lado un trabajo centrado en la Prevención y, por lo tanto, centrada en esa población que más que ser consumidora - crónica- se sitúa en una situación de riesgo constatado o potencial. Por otro lado y de forma complementaria se encuentra la respuesta específica, emitida desde Asistencia y Reinserción, centrada en una población con una problemática de dependencia y de exclusión social evidente. A partir de esa diferenciación comenzamos a concretar la naturaleza y el alcance de cada una de las intervenciones desde las construcciones significativas ofrecidas por los profesionales de cada área.

B.2.1. Prevención: estrategias para la reducción del riesgo y para potenciar los factores de protección.

Como bien expresan las profesionales consultadas, el objetivo de estos recursos públicos es diseñar una serie de servicios y programas útiles para una población determinada. En el caso de la Prevención, este esfuerzo se centra en generar una serie de políticas que sean capaces de anticiparse al problema de la adicción:

E8: “El abordaje de la prevención desde nuestro organismo, desde la Agencia, viene a situarse y a enmarcarse dentro de las medidas de lo que son la reducción de la demanda. Sabes que hay medidas dirigidas al control de la oferta, todas las leyes, todas las medidas judiciales, todo lo que se pone a disposición de los Estados y de los países para controlar la lucha contra la droga, y las medidas de la reducción de la demanda. Esto consiste en, fundamentalmente, diseñar los mejores servicios y programas de prevención desde las políticas públicas sanitarias para que podamos llegar a la totalidad de los miembros de una comunidad, en este caso la Comunidad de Madrid, con la idea fundamental de anticiparnos, DE ANTICIPARNOS, antes de que aparezca ya un problema. UN PROBLEMA diagnosticado como adicción”.

Para ello, los profesionales de estos espacios se centran en impulsar una estrategia enfocada en reducir el impacto de los diversos factores que incitan al consumo y, a la vez, generar una serie de factores de protección frente a este. Pero, ¿qué es el riesgo? Para comprender el sustrato desde el que parte toda su actividad, hemos de rescatar y visibilizar la concepción del riesgo que ellos manejan. Si bien la primera advertencia que nos hacen es la dificultad para dibujar unos límites concretos de lo que es el riesgo y una población de y en riesgo,

E3: “El concepto de riesgo, bueno pues...hay jornadas enteras para debatir qué entendemos por riesgo, dónde ponemos los límites y lo llamamos así, en qué momento, en qué sitio y por qué ponemos el límite de aquí para allá es mayor riesgo o menor riesgo y por qué seleccionamos grupos”.

No podemos negar la presencia y la existencia de este fenómeno. Desde Prevención entienden que el riesgo es un factor inherente a la sociedad en la que vivimos, una especie de escala de grises en la que nos movemos, y que para poder hablar de una situación concreta de riesgo, hay que fijar este elemento dentro de unos límites que permitan comparar la situación concreta de cada sujeto/grupo con las herramientas construidas, o indicadores, para definir las características de esa desprotección:

E3: “Así de general, la respuesta es: cuando estadísticamente... La normalidad estadística sería la que nos lo marca. O sea: le llamamos normal a un nivel de riesgo, porque riesgo siempre hay. Además vivimos en una sociedad de riesgo. Nacemos con el riesgo y nos arriesgamos, en general, en esta sociedad, todos, ¿no? Cuando, estadísticamente, se ve un grupo que tiene más factores de riesgo que la norma, que los mismos de su edad: chavales de 16 años... Vamos a llamarle a la norma a un nivel de riesgo, porque, insisto, riesgo existe. Cuando hay un mayor número de factores de riesgo que los iguales de su edad, a eso lo definimos como riesgo”.

Nuestro entrevistado nos dice que para entender el tipo de riesgo al que ellos se refieren lo mejor que podemos hacer es acudir a la literatura producida por los máximos exponentes académicos en este ámbito pues han desarrollado un saber específico tan relevante que son un referente obligatorio:

E3: “Desde aquí te remitiría que a lo mejor ya lo conoces, seguro que sí, te remitiría, sobre todo, a la documentación de Elisardo Becoña: colabora con el Plan Nacional sobre Drogas desde hace muchos

años, está en el Plan de Galicia, es un catedrático... de los de mayor prestigio. Es un análisis interesante, hay otros y podríamos hablar pero me parece que ante tu pregunta es el autor que más ha trabajado esto. Es muy amplio”.

E3: “Becoña es el que define factores de riesgo: micro, macro y factores de riesgo de la familia: que haya antecedentes de droga, que haya desestructuración familiar en estos aspectos, que haya un estilo educativo no se qué...listados con definición de qué es cada cosa... de los factores macrosociales, microsociales y personales: que van con la propia persona con lo más micro, el entorno, el barrio, la escuela, la familia y con lo macro, que son los medios de comunicación, la cultura que tenemos...O sea, distingue esos tres escalones”.

De toda esa multidimensionalidad se desliga una noción del riesgo no como un estado específico, sino como la suma de una serie de factores que hacen que el sujeto se encuentre en una situación de desamparo que provoca que sea más sensible a caer en un consumo. Como ejemplo de ello nos habla de la juventud y la relación que se suele hacer diciendo que los jóvenes con más riesgo son los que están más desprotegidos. Un error que se suele dar por sentado y que puede llevar a la confusión a la hora de enfocar el problema, pues a cada sujeto/grupo le corresponde un tipo de riesgo diferente según sus propias características:

E3: “Porque empezando a llamarle riesgo a la edad, ser adolescente...ya se considera un riesgo. Podemos decir que por el hecho, por la variable, de ser adolescente podíamos decir que están en riesgo. Y no nos equivocaríamos, ¿verdad? Pero cuando tú me haces la pregunta, yo creo que estás pensando más en: ¿por qué hay unos colectivos específicos y zonas geográficas donde por unas carencias sumado a unas carencias sociales o familiares y contextuales se les considera de alto riesgo cuando a otros de un colegio de Salamanca pues en comparación con este tipo de riesgo diríamos que no están en riesgo? [Es ahí] cuando empezamos ya a equivocarnos. Los chicos que están en el mejor colegio privado del Barrio de Salamanca tienen unos niveles de riesgo, de otro tipo de riesgo y a otros niveles, que es difícil comparar”.

E3: “Hay un casi estereotipo de aquellos colectivos que tienen menos, son más vulnerables, socialmente, porque están en unas condiciones familiares y sociales y contextuales que están en mayor riesgo. Y eso hay que decir que sí pero cuando se hace un estudio y cuando nuestros técnicos de prevención que están en todo Madrid, en todos los colegios de Madrid acaban y es muy interesante escucharles, como hay riesgo en Villaverde y hay riesgo en Chamartín y hay riesgo en... y hablan de distintos tipos de riesgo”.

B.2.1.1. La prevención y su calado: entre la prevención universal y la prevención específica.

En un terreno donde existen multitud de mensajes contradictorios y donde los individuos de la sociedad de consumo son acosados por esos mensajes, en especial la juventud,

E4: “La Juventud es muy vulnerable al fenómeno Moda. Y eso lo saben perfectamente los vendedores. Y por eso revisten los productos de algo atractivo... Acuérdate de las famosas pastillas con sus marcas, con sus nombres, con sus colores, con sus anagramas, etc... Porque se vende, eh. Y la Juventud, siempre, es muy vulnerable. No porque sea más vulnerable, sino porque, también, está más

acosada, ¿no? Por los temas de consumo. Porque, al fin y al cabo, es una población que consume mucho: ropa, salida, ocio y drogas. ¿No?”.

E6: “La sociedad, pues, tiene una interacción muy ambivalente con las drogas. Por un lado las condena pero por otro lado... O sea, manda mensajes muy contradictorios, ¿no? Y el conjunto del sistema social, la orientación al riesgo, la “centración” en el presente, la dificultad de la generación joven para visualizar el futuro y asumir poder de una manera constructiva, la responsabilidad, ocupar el ocio... pues, hay muchas condiciones de riesgo”.

¿cómo actuar para evitar ese riesgo asociado a unas determinadas condiciones de vulnerabilidad y acoso? Profundizando más en los aspectos claves para abordar con éxito una labor de prevención con la población, desde el Departamento de Prevención nos dicen que primeramente es necesario distinguir una serie de programas atendiendo a la población dirigida y al alcance de cada uno de ellos:

E3: “Si nos vamos al riesgo, en prevención distinguimos, es una forma didáctica más que otra cosa, de hablar de programas de prevención universal, de prevención selectiva y de prevención indicada. Usamos esas tres como una clasificación del Plan Nacional”.

E8: “Cuando hablamos de prevención universal es la prevención que dijimos para todos los sujetos por igual. La selectiva, el propio término lo dice, es cuando estamos dirigiendo nuestra prevención, y ya con un diseño, a una población dónde hay concentrado más factores de riesgo que el resto. Y la indicada es cuando todavía no se ha dado el trastorno de adicción pero ya ese factor de concentración de factores de riesgo es un hecho y hay que favorecer y propiciar y hacer aflorar los factores de protección que apenas se vislumbran”.

De ahí se desprende que a cada tipo de prevención le corresponde un sector de la población determinado con el que trabajar, como sucede con los programas de prevención selectiva; un programa diseñado como un traje a medida a las necesidades de ese colectivo particular:

E3: “Los programas selectivos son muy, muy... muy diseñados como traje a medida. Con unas bases, lógicamente, pero uno para aplicar ante un grupo, o un colectivo, que se dice de riesgo o de alto riesgo, tiene que tener un gran conocimiento de ese grupo, conocer las variables, el funcionamiento de ese grupo, para aplicar un programa de prevención para ese grupo”.

E3: “Vamos a trabajar en lo que antes eran, ahora se la llaman UFI o lo que antes se conocía como antiguas garantías sociales. En un aula, porque son aulas normalmente de pocos alumnos y de un perfil muy definido. [...] Porque tienen unas necesidades ese grupo específicas que va a haber que trabajar... la demanda y las necesidades concretas de ese grupo de 15 chavales o de 12 chavales que uno es consumidor compulsivo, otro tiene problemas de trastornos de personalidad, otro es un líder que está presionando a un grupo tal... El conocimiento de ese grupo para aplicar: aquí, programa de habilidades sociales; aquí, programa grupal para conseguir los múltiples objetivos que se puedan querer tener con ese grupo. Se tiene que hacer muy el traje a medida en eso cuando se habla de riesgo”.

No obstante, desde Prevención comprenden que todas las acciones que se engloban en este departamento tienen una base común que se encuentra en el mensaje objetivo que emiten estas organizaciones: el no consumo.

E3: “El mensaje objetivo... El Mensaje del IA es no consumir. No consumir sustancias nocivas. Un instituto de salud pública, un instituto de prevención de adicciones no puede decir “consume”. Yo creo que ahí tiene que tener una postura sólida, tajante y natural”.

Sin embargo, son conscientes de que ese objetivo puede alejarse de las propias condiciones reales en las que se inserta socialmente esta acción institucional, entendida como agente preventivo enfocado en la reducción del riesgo:

E3: “No consumo sería lo ideal. Otra cosa sería que no estemos en la realidad. Y ante las situaciones de consumo inevitable, y más cuando estamos hablando de población joven, menores... tenemos que decir: “bueno si a los grupos que consumen... vamos a hacer lo que podamos con reducción de riesgos y vamos a poner en marcha estrategias y programas de reducción del riesgo de que si se consume, que se consuma de la forma más responsable posible, etc...”. Con objetivos de ese tipo. No descartamos esas opciones y tenemos programas, cómo no, porque si no, no estaríamos en la realidad de reducción de riesgos”.

Pero eso no quiere decir que desde su sector no se trabaje o que la Prevención no sea todo lo efectiva que se espera, sino que no toda la prevención es igual a la hora de materializarse. De ahí que, según el tipo de prevención al que se haga referencia, se deba de hablar de unos resultados u otros:

E3: “Llega donde o adonde tiene capacidad de llegar. En el caso de prevención, yo creo, llega a todo; pero de distinta manera. O no llega a todo como quisiéramos que llegase. Llegar, llega a todos. En el sentido de que si hablamos de una prevención muy amplia y muy específica y muy prevención universal: una campaña, unos mensajes, una campaña de los medios o unas difusiones sean en el soporte que sean..., eso llega a toda la población. Otra cosa es que tenga el efecto que tiene”.

B.2.1.2. La prevención como una educación en valores que cambia actitudes y comportamientos:

Una vez que se visibiliza el campo donde debe actuar en materia de Prevención, el riesgo y su gestión, hemos de comprender qué se entiende, o debería entender, por prevención: una educación en valores y competencias que esté orientada a cambiar actitudes y comportamientos:

E3: “Prevenir es educar y partimos de ahí. Educar en valores, tener una educación en competencias y en habilidades. Esa es la mejor y la verdadera prevención. Y esa es la línea preventiva que prevalece hoy en día en el IA. Universalmente, o sea: prevenir es educar. Luego vemos cómo, de qué manera, para quién va dirigido”.

Pero es necesario hacer un matiz diferenciador entre lo que podemos entender por prevención y por sensibilización, pues mientras que la segunda se encarga de transmitir un mensaje –recordar a la sociedad que existe un problema–,

E3: “Cuando hablamos de prevención y hablamos de campañas publicitarias, como has citado las de la FAD como otras tantas muy válidas y muy necesarias, ni la FAD ni cualquier otra entidad genera o desarrolla una campaña publicitaria como la que hablas, televisiva, con el objetivo de prevenir nada. Así de crudo te lo digo. No. No, vamos a ver, para prevenir hay que... Es un proceso educativo en el colegio, en la familia, durante el tiempo necesario para que eso tengas unos posibles efectos preventivos en los comportamientos etc... Cuando uno habla de prevención universal y habla de campañas publicitarias y pancartas...habla de un objetivo y es bueno y muy loable...que es sensibilizar. Es decirle a la sociedad que existe un problema, recordarle que está, recordarle que ese problema que hay...hay personas, entidades que son conscientes de que existe y que están presentes para hacer algo. Pero no que eso tenga el efecto...”

la prevención se centra en cambiar actitudes para poder producir un cambio en los comportamientos, o prevenir otros que sean conflictivos.

E3: “La información es necesaria. Es un paso obligado, pero no con la pretensión de cambiar comportamientos. Hay que cambiar actitudes para que se convierta en un cambio de comportamiento posterior ¿entiendes?”.

De esta forma termina diciendo que no es posible prevenir solamente con mensajes, sino que hay que focalizar el trabajo dentro de una estrategia que se centre en generar nuevas actitudes:

E3: “No es decir con un megáfono que las drogas no se deben consumir. Si se previniera con un mensaje... La información sola, y mira que es buena la información y necesaria, pero no cambia actitudes. Y las actitudes cambian comportamientos”.

¿Pero de dónde sale y cuáles son las bases de esa estrategia?

E8: “¿Qué significa partir del modelo de los factores de riesgo y de los factores de protección? Bueno, pues, factor de riesgo, la literatura lo que viene a decir es toda aquella característica, circunstancia mental, familiar que hace que un sujeto tenga una cierta predisposición o probabilidad mayor al consumo de drogas. Y el factor de protección es, o viene a, contrarrestar lo que es un factor de riesgo pero no hay, por así decirlo, no hay una alineación que a tal factor de riesgo se le corresponde tal factor de protección. Con lo cual todos los diseños de los programas de prevención que dirigimos desde la CAM tienen que ver con potenciar y favorecer los factores de protección de las personas; pero los factores de protección que ha descrito la literatura científica... para evitar el consumo o evitar que ese consumo pase de la experimentación a un abuso, o una adicción, y reducir todos los factores de riesgo. Con lo cual, pues este es, básicamente, nuestro punto de partida”.

Para dar cuenta de ello, hemos acudido a la principal responsable de la puesta en práctica de “Prevenir en Madrid”, un programa de prevención en el ámbito escolar que se ha convertido en uno de los referentes en su campo. El modelo parte, al igual que el Departamento de

Prevención, desde una problemática concreta -riesgo y vulnerabilidad- a la que hay que responder. Para ello hay que evaluar la capacidad que tiene el sujeto para resolver o alcanzar con éxito una serie de tareas, que dirán si éste está protegido o no:

E6: “Hemos adoptado es un modelo evolutivo-ecológico que define las condiciones de vulnerabilidad como el resultado de condiciones de riesgo, que incrementan la vulnerabilidad, y de condiciones de protección, que podrían amortiguar el impacto de las condiciones de riesgo. O disminuir, en general, la vulnerabilidad. El modelo que adoptamos [se basa] en función de cómo va el individuo desarrollando una serie de tareas evolutivas básicas. Una buena solución de estas tareas representaría una condición protectora. Una mala solución de las tareas, una mala condición de riesgo”.

Estas capacidades evolutivas, individuales, las podemos agrupar en cuatro ejes o dimensiones que nos remiten a un cierto tipo de definición de sujeto válido o funcional:

E6: “Las cuatro principales tareas vitales básicas que contemplamos son: [1] la capacidad para establecer vínculos seguros de calidad en entornos constructivos, que tiene un impacto muy grande en la infancia. [2] La capacidad para la motivación de eficacia; [3] la capacidad para ser productivo, en la infancia sería para estudiar, en la edad adulta sería para trabajar en continuidad entre las dos y llevarse bien con figuras de autoridad: gestionar bien el éxito y el fracaso. [4] La capacidad para tener amigos y soportar las presiones destructivas del grupo de amigos porque si hay seguridad ahí se pueden afrontar mejor las presiones y si hay mucha inseguridad, mucha necesidad, mucha dependencia... la capacidad del individuo para resistir presiones va a ser nula, o la tendencia muy baja. O la tendencia a integrarse en grupos destructivos va a ser mayor porque no tiene capacidad para integrarse en grupos pro-sociales, en grupos constructivos”.

Las cuatro tareas marcadas corresponderían a las propias capacidades que tendría que desarrollar el individuo para generar una serie de factores de protección. Pero como apunta nuestra experta, este modelo es, además, ecológico. Por lo que es necesario incardinar al individuo dentro de un contexto en el cual interacciona con otros sujetos y determinadas realidades en y a diferentes niveles:

E6: “Pero, luego, también contemplamos la interacción con el ambiente en todo momento. Y, entonces, el ambiente lo definimos desde una perspectiva ecológica, en [4] distintos niveles. [1] Los microsistemas, donde el individuo interactúa: cuanta más calidad en esa interacción, menos riesgo. [2] En la conexión entre microsistemas: la conexión entre la familia, la escuela, el grupo de amigos, en el ocio... sería un segundo nivel. [3] El tercer nivel sería la interacción con unas influencias específicas de riesgo, como las nuevas tecnologías o los contextos donde se venden drogas. Y un [4] cuarto nivel, sería, donde habría también condiciones de riesgo, el conjunto del sistema social”.

A partir de aquí se deriva un modelo de intervención centrado en ofrecer nuevas formas de llenar el ocio en esos espacios donde la juventud se encuentra con sus iguales:

E6: “El consumo de drogas en adolescentes y jóvenes cumple una función, psicológica y social, que es definir el ocio de una determinada manera que compense los vacíos que ha dejado la semana, fundirse en un grupo de iguales, satisfacer esa necesidad de integración, de fusión con su grupo de

iguales que se producen en ese contexto en el que se van de marcha... Y en esos contextos donde ocupan un espacio y una hora, ejercen y tienen una sensación de poder de ocupación del territorio porque es por la noche. Entonces si queremos prevenir el consumo de drogas que ahora adopta esa modalidad y que cumple estas funciones, especialmente en jóvenes y adolescentes, tendríamos que garantizar esas funciones de otra manera. [...] Proporcionarles esos contextos de ocio alternativo siempre que, simbólicamente, puedan cumplir la misma función”.

De ahí que el esfuerzo deba pasar por generar una estructura que permita trabajar en -una educación en- valores partiendo del propio contexto en el cual los jóvenes organizan sus preferencias u opciones. Pero que acaba inclinando la balanza hacia el consumo o el no consumo:

E6: “Viniendo desde ese campo se ve que la única manera de... O sea: la educación en valores porque en este tema de las drogodependencias es muy importante. Aparte de cambiar conductas, es muy importante insertarlo en un contexto de educación en valores. Porque, al final, la decisión que se toma sobre si se consume o no una droga se produce en función a qué valores le das más importancia. Entonces, los programas deben ayudar a que, en esa jerarquía de valores, se dé más importancia a la calidad de la vida a largo plazo. Se dé más importancia a la no violencia porque un consumo abusivo de drogas es violencia contra uno mismo. Se dé más importancia a la libertad frente a la adicción o la diversión puntual en un momento determinado. O hacer, en un momento determinado, lo que te pide el cuerpo”.

Detrás de todo esto lo que se pretende es un cambio y una adopción más crítica y activa que les permita ir más allá de las prescripciones que los “adultos” suelen utilizar en el tema de las drogodependencias:

E6: “Si ayudas a que esto se entienda y a que los valores se coloquen, efectivamente, dentro de una jerarquía que tú mismo, que tú misma has decidido... que no sea imposición de cultura adulta o identificación con la cultura adulta, ahí lo tenemos perdido en esa etapa; sino cambio y adopción, mucho más crítica y activa de cuál es la cultura adolescente. Por lo tanto, es dentro de la cultura adolescente, [donde] iniciar un proceso de toma de conciencia crítica: que los propios y las propias adolescentes decidan cuáles son sus valores. [Y que] De una manera, se rebelen contra las presiones de la sociedad de consumo que es la que les aliena y les va a privar del futuro que realmente quieren, utilizándolos como carne de cañón de la rentabilidad económica de determinados grupos o de determinados productos o de determinadas redes de narcotráfico”.

Pero, ¿cómo hacerlo? Para nuestra entrevistada, la respuesta pasa por generar un marco que permita a los jóvenes plantearse sus propias preguntas y encontrar sus propias respuestas. Y para ello, la mejor forma es aplicar una metodología participativa:

E6: “Entonces esto se hace no dando respuestas, sí preguntas. Para que ellos y ellas se encuentren sus propias respuestas en grupos de compañeros para que ellos planteen las soluciones a un problema que hay que ayudarles a que se planteen como problema, ¿no? Entonces, necesariamente, tienen que ser métodos participativos”.

E6: “Es mucho mejor que propongan ellos lo que hay que hacer y ayudarles a encontrarlo que proponerles nosotros o imponer, nosotros, lo que hay que hacer. O sea que la metodología participativa es esencial en la eficacia de estos programas”.

De ahí se deriva la necesidad de trabajar en y desde una metodología del siglo XXI que cumpla con lo ya dicho:

E6: “De aquí, entonces, se deriva la necesidad de una intervención del siglo XXI. Mucho más ambiciosa, donde haya un trabajo en red que permita conectar una intervención múltiple, coherente, con el modelo que acabo de explicar”.

En definitiva, un enfoque integral positivo -que genere nuevos valores sobre los que construir- pero que asuma dentro de sus fundamentos la cuestión del riesgo y el discurso del no a las drogas, entendiéndolo bajo su óptica como la apertura a trabajar esos aspectos más sensibles de la realidad de las drogas:

E6: “Pero conservando el No a las Drogas. Muchas veces la escuela pretende que sólo hay que trabajar en positivo, ¿no? Es decir: sin marcar los límites ni hablar de los peligros. Hemos detectado que es muy importante el trabajar en positivo, que es necesario, que es necesario reforzar las alternativas... Pero que no basta, que no es suficiente, que hay que dejar muy claro, también, dónde están los peligros, en qué consisten, ayudar a detectarlos... estemos hablando de drogodependencias, de racismo, de violencia escolar o de género”.

E6: “Es un error pensar que sólo hay que trabajar en positivo. Aunque es la estrategia fundamental. Y durante la infancia, yo diría que la única. Pero cuando empiezan a llegar a la adolescencia y el peligro está ahí y se van a encontrar con él... lo van a encontrar en sus primeras relaciones de pareja, lo van a encontrar en la discoteca, lo van a encontrar en el botellón...Entonces hay que hablarles claramente del peligro y tienen que desarrollar una conciencia muy clara para detectarlo”.

E6: “Porque el enfoque siempre positivo les protege menos que el enfoque múltiple, que trabaja las dos cosas”.

B.2.2. Asistencia y Reinserción: la materialización de una respuesta a una necesidad concreta.

Según lo recogido en las entrevistas observamos que tanto los departamentos de Asistencia como de Reinserción se esfuerzan por generar una serie de protocolos y planes centrados en ofrecer una respuesta a población drogodependiente que acude a sus centros. A partir de aquí, hemos de conocer de qué manera caracterizan su labor con los diferentes grupos con los que trabajan dentro de sus espacios y de la red asistencial consolidada.

La base sobre la que ambos departamentos se funden es el proceso de atención integral a las drogodependencias. Este proceso está dividido en varias etapas (atención a la demanda, valoración, programa personalizado de intervención, evaluación y seguimiento post-alta) y

comienza una vez que un sujeto es derivado, o llega por su propio pie, a un centro de atención y es evaluado:

E2B: “La cita, tenemos compromiso por parte del servicio de darla en un plazo menor de 15 días. En ese plazo, le ve...el primer profesional que le vaya a ver, en principio, se intenta discriminar qué tipo de profesional puede ser el que más le pueda...el más necesario en ese momento. Se pretende que se haga una evaluación inicial por parte de cada área, pero eso no quiere decir que no se empieza a intervenir desde el principio. Es decir, si le ve un médico y se necesita una desintoxicación, se va a iniciar la desintoxicación; pero después se va a hacer una evaluación tanto interdisciplinar como de todas las áreas que puedan estar afectadas por este problema”.

Desde ese momento, una vez que el sujeto es captado, éste pasa a ser registrado, analizado y evaluado para discriminar qué tipo de tratamiento es el que más le conviene. A partir de ahí, y de la aceptación del paciente, se comienza a construir:

E2B: “A través de ahí, se establecen objetivos y se establecen los recursos, los planteamientos de programa una vez consensuados con el paciente”.

El objetivo principal de todo el trabajo que desarrollan es conseguir que la persona con la que trabajan consiga reinserirse en la sociedad o que, al menos, consiga una cierta estabilidad y pueda participar de la sociedad:

E5: “Desde un punto de vista de la reinserción, pensamos que una persona está reinsertada cuando la persona lleva una vida normalizada; en todos los ámbitos, normalizada o dentro de lo posible. Vamos a ver, si hay una persona que tiene un deterioro cognitivo y es imposible recuperársela al 100 por 100, con que tenga una vida familiar, de ocio... adecuada, pues pensamos que está normalizado”.

E5: “Pero vamos, tú quédate con, para mi gusto, lo importante es que esa persona participe en la sociedad como un ciudadano de pleno derecho. Entonces cuando llega a ser así decimos que está persona está insertada. La clave es que la persona pueda participar de la sociedad”.

Pero para conseguir esa reinserción es necesario trabajar sobre determinados ámbitos. Así, podemos distinguir cuatro espacios en los que estructurar la acción terapéutica con el usuario/paciente: el consumo controlado/abstinencia, una estabilidad laboral, un ocio adecuado y una educación para la salud.

E5: “O sea, pensamos que una persona está reinsertada cuando tiene controlado el consumo [1]; es decir, ya sabe frenar el deseo de consumo...y...entonces, bueno, llega la abstinencia: esa persona ya ha armonizado sus relaciones familiares, esa persona cuenta con un sistema relacional de amigos, la persona tiene una estabilidad laboral [2], cuando la persona tiene un ocio adecuado [3]”.

E5: “También damos muchísima importancia a que la persona tenga hábitos saludables: en la alimentación, en la higiene, en autocuidados... [...] De hecho hay también un programa de reinserción especialmente dedicado a la educación para la salud [4]. [...] Autocuidados significa que la persona sea autónoma a la hora de tener unos buenos hábitos en cuanto a higiene y alimentación. O sea higiene, por ejemplo, te va a parecer mentira pero hay personas con una adicción que se han dejado

mucho, que apenas se lavan... Pues bueno, que se laven, que se duchen. Los dientes: pues que todos los días tengan una buena educación bucodental.... Que den mucha importancia a la comida, muchos han estado acostumbrados a comer a base de dulces, a comer, o sea...”.

Dentro de esta estrategia de cambio, el papel que juegan los diferentes programas personalizados es fundamental. La base de estos programas, como el PPI del IA, radica en la negociación y acuerdo que establecen las partes implicadas en este proceso, profesionales y usuarios de sus recursos, y siempre partiendo de los horizontes que éstos últimos estén dispuestos a aceptar:

E4: “Para nosotros los objetivos a conseguir son los objetivos que un paciente concreto, en un momento determinado, está dispuesto a fijarse a sí mismo. ¿Eso qué quiere decir? Pues quiere decir que a nosotros nos vale todo. Nos vale todo lo que suponga un avance del paciente. Y cuando digo un avance no me refiero sólo a un avance en la abstinencia, abstinencia o consumo, sino que me refiero también a su situación familiar, a su situación de relaciones sociales, a sus hábitos de ocio, a sus hábitos de salud, a su relación con la pareja, a su relación de estudios... Es decir: hablamos de un conjunto de cosas y cuando un paciente viene valoramos todas esas cosas”.

E4: “Una vez valoradas todas estas cosas podemos organizar un plan de tratamiento que lo hacemos con el paciente. Es lo que llamamos programa personalizado de intervención [PPI], la gente fija sus propias metas. Por supuesto nosotros animamos siempre al paciente a que esas metas cuanto más altas mejor, pero respetamos las que el paciente quiere conseguir. El paciente es un ser libre que quiere una ayuda para según qué cosas y para otras no quiere ninguna ayuda”.

Y en donde la piedra angular de este proceso de acompañamiento es el profesional de referencia. Surgida de la propia experiencia sobre el terreno, la principal tarea de esta figura, producto refinado del equipo multidisciplinar, es la de recopilar toda la información que surge de la atención a un usuario para facilitar el proceso de atención a ambas partes.

E4: “El profesional de referencia estaría dentro del marco del tratamiento y la reinserción. Es una figura que nos inventamos, entre comillas, hace muchos años cuando nos dimos cuenta de que hacíamos una cosa muy bien -nos parecía que hacíamos muy bien- que era hacer un tratamiento interdisciplinar: cuando llegaba un paciente, independientemente de quién fuera el primero que lo veía, a todos los veía el psicólogo, el médico, el trabajador social y a veces el terapeuta ocupacional, ¿vale? Pero ninguno de esos era el coordinaba el caso. Entonces nos parecía que era muy importante que además de que fuéramos cuatro los que lleváramos un caso, esa persona, ese usuario, ese paciente, supiera quién era su profesional de referencia. A quién tenía que requerir para demandar cualquier cosa, para pedirle un informe, para solicitarle una cita, para quejarse de algo, para pedir algo... [...] Una especie de tutor. Sería lo que en la enseñanza es el tutor del alumno, aunque el alumno tenga varios profesores. Para nosotros ha sido una figura que nos ha sido muy útil, muy útil, porque necesitamos un responsable del caso”.

No obstante el paciente es el que tiene la máxima capacidad de decisión en los objetivos que está dispuesto a alcanzar dentro de esta red de asistencia, y dentro de los márgenes acotados los profesionales, ya que debe ser él mismo el que tenga esa pro-actividad para materializarlo:

E4: *"Pues todo. Es que si no lo hacen no vale. [...] Aunque los objetivos los ponen o los plantean los profesionales, el paciente es que tiene que asumirlos como propios. Si no los asume como propios no nos valen; hay que poner otros que a él le vengan bien. Que él los vea posibles, fáciles de conseguir y al alcance de su mano y, desde luego, activísimo en cuanto al esfuerzo que hay que hacer, porque lo hace él".*

Tal es la libertad que puede romper el contrato terapéutico cuando quiera. Aunque nos explican que es una elección dentro de un marco de falsas y auténticas libertades:

E4: *"El paciente puede romper su contrato siempre que quiera. O sea, se hace un contrato que dura el tiempo que el paciente quiere. Mientras que dure su relación con el centro. Entonces, está en el centro y tiene que respetar ese contrato que él mismo aceptó y dijo que sí. Pero en cualquier momento lo puede romper. Por eso no le ata".*

E4: *"La libertad no la pierde nunca. La libertad es siempre la del paciente. Lo que nosotros intentamos es que dentro de ese margen de libertad elija ser libre de verdad. Es decir: porque mientras esté consumiendo, no nos engañemos, es todo menos libre. Entonces, intentamos que él haga esa elección hasta donde le sea posible".*

Todo esto hace que el drogodependiente, identificado ahora con la imagen social de una persona con un trastorno adictivo, no se conciba como paciente sino como un usuario activo de unos servicios que están a su disposición para facilitarle su proceso de cambio y reinserción.

E4: *"No nos gusta la palabra paciente, porque paciente pareciera que quiere decir que se tiene que estar quieto en espera de curarse. Y para nosotros nos gusta más hablar de usuario porque es una persona que tiene que hacer su proceso personal. [...] Es un proceso activo. Y la gente sabe que tiene cosas que hacer".*

C. Imágenes sociales y cambios en los perfiles:

Si hay algo que destacan los entrevistados es la situación de exclusión, potencial o constatada, en la que se encuentran las personas usuarias de sus servicios, independientemente de su perfil sociodemográfico. Una oportunidad para trabajar sobre la construcción de ellos mismos:

E8: *"Los muchachos vienen con una concentración de factores de riesgo, desestructuración familiar, desarraigo familiar...no necesariamente todos son población inmigrante, aunque también los hay. Abandono, fracaso escolar y todas estas cosas, y que ya, bueno, están haciendo una experimentación, un uso, y un abus... Aunque todavía no hay trastorno de adicción. Y ahí estamos dirigiendo una oferta muy importante que tiene que ver con actividades que a ellos, a ellos les...cómo decírtelo.... Les construyen primero como personas que son".*

E8: *"Pero lo que sí que te digo es que se trabaja mucho con la construcción de ellos mismos. Porque cuando entran, entran muy deshechos, ¿no? Con poco afecto a ellos mismos, con una violencia muy*

contenida y les ves cómo van construyéndose... Van construyendo y saneando, incluso, sus relaciones hasta denotar la prioridad que tenían de consumo de drogas. Concretamente estaríamos hablando de... estos perfiles son chavales de pues doce, catorce, dieciséis años. Donde se trabaja con ellos no solamente el hecho del consumo de drogas, sino todas las conductas problemáticas asociadas al consumo de drogas. Esto te lo digo porque a ver, no hay conducta inocua y solo consumo de drogas. No. O sea, hay conductas problemáticas asociadas: conductas antisociales, violencia, sexualidades temprana... Todo en un paquete donde el consumo de drogas forma parte ...”.

Y si hay un aspecto que se marca con especial ahínco es la evolución del tipo de usuario que hace uso de los recursos de la institución, de la misma forma que lo ha hecho la institución para dar una respuesta eficaz a los nuevos retos. De esta manera han pasado de un perfil muy concreto, el de heroinómano seropositivo de consumo parenteral, a uno más abierto e, incluso, más integrado socialmente; aunque esa población con consumos crónicos sigue formando parte de la población atendida:

E4: “El perfil ha ido cambiando. En los inicios, como te digo, en el año ochenta y siete, por ejemplo, yo diría que el noventa y nueve por ciento de los pacientes que atendíamos entonces, pues, eran heroinómanos. Es verdad que eran heroinómanos politoxicómanos que consumían, además, todo tipo de fármacos que conseguían de sus médicos como fuera, y de alcohol y de lo que fuera... Pero eran, sobre todo, heroinómanos. Y, además, con consumo intravenoso, en su mayor parte. Con muchos problemas de salud asociados. La mayor parte de ellos seropositivos, entonces. Es decir: eso era lo que había en los años ochenta y siete y ochenta y ocho”.

E10: “Distribuimos como tres perfiles: los anteriores, cuando se inició el PRSD que eran consumidores de heroína, que la mayoría de ellos están en el programa de mantenimiento con metadona. Luego, otro perfil son los consumidores de cocaína y drogas de diseño, que es gente, personas que la utilidad o la función y el entorno donde consumen las drogas es, más bien, lúdico; es esnifada y no tan perjudicial como la de heroína que era intravenosa y tenía más riesgos añadidos... Y, luego, otro perfil son los que consumen alcohol. Este nuevo perfil, a diferencia de los consumidores de heroína, es un perfil muchísimo más normalizado. Un perfil donde suelen tener familia, algunos tienen también trabajo a pesar de las circunstancias actuales...y todas estas circunstancias, claro, son circunstancias que favorecen, también, el proceso de rehabilitación y el cambio de ese hábito. [...]. Ahora son sujetos que están en este momento bien adaptados desde el punto de vista...pues que viven en una casa, que tiene un nivel de estudios más o menos primarios. O sea que no están, no están... para que veas, un dato: un 5% de los sujetos vive en lo que nosotros llamamos un alojamiento precario, ¿no? Que no tienen una residencia como tal”.

Un cambio que ha transformado a la propia población heroinómana. No obstante, ese cambio ¿es un cambio real o una invisibilización de esa población?

E4: “Lo que yo sí que creo que ha cambiado mucho es la imagen del heroinómano. Pero ha cambiado de verdad. Han cambiado ellos también. Es decir: también, internamente, ellos ofrecen una imagen de sí mismos diferente a la que ofrecían hace unos años. Ahora es muy difícil ver como yo veía, cuando yo trabajaba en el barrio de Entrevías, en las vías del tren, en grupos grandes, hinchándose al sol. Eso no lo ves. Y antes lo veías. ¿Y por qué no lo hacen?”.

Una de las razones que esgrimen para ese cambio se debe al impacto que tuvo la imagen social, o estereotipo, del drogodependiente como aquel adicto a la heroína y la decadencia de la heroína como forma de disfrutar y pasar la noche; aunque sea porque otras han ido desplazándola como suplemento.

E4: “Con el tiempo, bueno, ha ido evolucionando. Pero a esto han contribuido varias cosas. Primero: la imagen social de la heroína que ha entrado en una fase, afortunadamente, pues de... ha dejado de ser una droga, como ahora es la cocaína, de pasar la noche y disfrutar de la noche con la heroína; [para] ser una droga que representa pues una gran marginación social, muchos problemas de salud... La gente la evidencia así. Y eso ha hecho que, poco a poco, la gente joven haya ido consumiendo menos heroína”.

E9: “Porque es real que la visión que tiene la sociedad de cómo es el adicto, pues tiene importancia sobre si se convierte en drogadicto o no. Con la heroína pasó. Tú ahora dile a un sujeto que empiece consumiendo heroína. No empieza consumiendo heroína. Porque la imagen del heroinómano es una imagen horrible socialmente. La del cocainómano no se ve de esa manera, ¿no? O el que consume cannabis, ¿no? Se ve de otra manera”.

Esa evolución se debe a múltiples factores, pero para ellos ha sido fundamental la propia labor que ellos desarrollan para cambiar los hábitos de los propios consumidores. Sin olvidar el papel central que la metadona tiene:

E4: “Primero: ya no se inyectan tanto. Segundo: están en programas de metadona. Tercero: su imagen física ha cambiado totalmente. Quiero decir: una persona que sale con metadona pues, normalmente, está en condiciones de cuidar su salud, de cuidar su higiene, de cuidar su imagen. Incluso de rescatar un trabajo”.

Este cambio radical en el sujeto, ahora capaz de mantener unos hábitos de salud e higiene y con un posible trabajo, hace que el alarmismo social que se asocia a estos sujetos baje:

E4: “Todo eso ha hecho que la alarma social baje muchísimo. Porque la alarma social no era tanto por los delitos que se decía que cometían, que no digo que no cometieran alguno, pero no eran tanto los delitos como la alarma producida por esas imágenes. Que eran imágenes muy impactantes, eh... en los parques, los niños...”.

Sin embargo, desde Prevención nos dicen que esa percepción de inseguridad no ha desaparecido, al menos en ciertos puntos conflictivos. De ahí la necesidad de trabajar desde lo comunitario, mediando, para reducir esa sensación y mejorar la convivencia entre población problemática y el resto de ciudadanos. Ejemplos como la plaza de Embajadores y las *kundas* o la problemática en la Plaza Luna, ambas en Madrid, reflejan ese trabajo:

E5: “El heroinómano de poblado. Sí que produce inseguridad. O sea, porque conlleva robos, inseguridad ciudadana.... De hecho, nosotros, tenemos un programa que se llama de mediación comunitaria que lo que va es, bueno, a los distintos barrios de Madrid para paliar los conflictos que surgen entre los vecinos, ciudadanos y comerciantes y drogodependientes”.

E5: *“Como te cuento: una plaza en Madrid, donde hacen kundas... Pues ahí, nuestro programa interviene de forma muy directa, porque claro los vecinos estaban en pie de guerra. Entonces, esa acción hace que se negocie con ellos, que también se hable con los vecinos... y se llega a unos acuerdos para que la convivencia sea buena y adecuada para los dos”.*

E2A: *“También se hace intervención de mediación. Por ejemplo: en un barrio donde están los cines Luna... esa zona...bueno, pues había bastante conflicto, por el consumo y tal. Y se hizo. El Ayuntamiento estuvo presente en unas reuniones a muchas bandas que, o sea, todo el tejido social participado de esa zona, todo el tejido social, absolutamente todo, participaban: desde los vecinos incluso asociaciones de prostitutas que también trabajaban en la zona, los comerciantes...”*

Una serie de acciones coordinadas con diferentes sectores de la sociedad con el objetivo de cambiar la percepción social que se tiene sobre la población drogodependiente y puentes fundamentales por la labor específica que éstas desempeñan y que van más allá de las propias posibilidades de la institución:

E3: *“Son complementarios. Esa es la palabra. Son necesarios y complementarios. Subvencionamos a esas entidades que hacen una labor a pie de calle, a pie de tierra, muy importante. Lo importante es que sea complementaria y coordinada para que no nos solapemos. Pero son necesarias. Hacen una labor extraordinaria porque son los que están en el sitio más cercano y más a pie de tierra”.*

E5: *“Son entidades sin ánimo de lucro ofertan una serie de proyectos. Estos proyectos están subvencionados y nosotros, por supuesto, potenciamos. Damos mejor nota, a aquellos proyectos que tienen que ver con la reinserción. ¿Qué pasa? Que de esta forma, también, la sociedad va cambiando los prejuicios porque, claro, en el fondo, resulta que, al final, estás viendo que desde personas muy normalizadas, que son las que hacen los proyectos, hasta, a lo mejor, el hermano de...hermanos de personas con problemas de droga. O, incluso, algunos que ya están fenomenal que [tienen] un piso que acoge a personas con sida, ya mayores”.*

Todos estos esfuerzos que emergen de diversos puntos, tanto internos como desde otras entidades, acaban por unirse en hacer frente o neutralizar la visión negativa que se ha construido históricamente:

E5: *“Entonces es una forma de, de poquito a poco ir cambiando el estereotipo de que el drogodependiente es vago, maleante y peligroso”.*

E5: *“En cuanto a la percepción, pues yo creo que hay más receptividad social con personas que están en tratamiento. Es decir que cuando vamos, cuando van a las empresas, cuando vamos a las empresas vemos que muchísimas empresas están muy abiertas, están receptivas a que las personas con/en tratamiento”.*

Entonces, comenzamos a entender que la identidad del sujeto desacreditado es el resultado de una serie de asociaciones entre lo que se percibe y lo que esa persona realmente es, o demuestra ser. Por lo tanto es necesario trabajar conjuntamente para generar mensajes claros para lanzar a la sociedad:

E4: *"Se genera, en parte, porque está y, en parte, porque la gente mira hacia allá. Y mira hacia allá porque los medios de comunicación apuntan el foco hacia allá. Y eso es algo que hemos peleado muchísimo. Ha sido una tarea, es una tarea, todavía, pendiente con los medios de comunicación. De pedirles, por favor, que difundan imágenes más normalizadas de las personas con un problema de adicción. La mayor parte de los periodistas cuando inician una relación con nosotros, ahora ya pasa menos, pero antes pasaba mucho: venían a un centro y decían "no me los imaginaba así". Porque se los imaginaba con una pre-imagen, que yo no digo que no exista porque si se ha tomado es porque ha existido, pero que se ha generalizado como imagen de un colectivo que no, que realmente no lo representa. No lo representaba entonces y desde luego, ahora, no lo representa en absoluto".*

Y la propia práctica profesional adquirida arroja la evidencia de que a cada tipo de adicción se le asocia una determinada problemática social que termina por incidir más en ese estereotipo que la propia sustancia o la adicción en sí. Como sucedió con los heroinómanos y la delincuencia en la que incurrían:

E4: *"Yo creo que, fíjate, tiene que ver con el tipo de delito. Los heroinómanos cometían más de delitos, robos con intimidación, robo, hurto... sobre todo eso. Pero también, ahora mismo, los cocainómanos, por ejemplo, tenemos unos problemas o mejor dicho tienen unos problemas legales por peleas, por... o sea, tema de control de impulsos. Gente que está puesta de cocaína tiene mucho más riesgo de tener un accidente con el coche, de iniciar una pelea que una persona que está puesta de heroína que está mucho más tranquilita. El heroinómano ha tenido delitos de cómo conseguir dinero para ponerme y el cocainómano tiene más delitos de "estoy puesto la monto aquí, la monto allá". O, por ejemplo, el alcohólico. El alcohólico tiene muchos problemas legales, delitos, pues de malos tratos, de violencia contra mujeres o contra otros, o de montar peleas, accidentes de tráfico... cosas de ese tipo. Yo creo que cada sustancia lleva emparejados sus tipos de problemas asociados".*

Entonces y partiendo de esa base, el perfil -de los usuarios- con el que trabajan en la actualidad es muy amplio, es necesario tratar los efectos directos de un trastorno adictivo y los problemas asociados que se desprenden de estos trastornos:

E4: *"¿Qué tenemos ahora? Tenemos: desde gente joven, muy poquito dañada que sigue con sus estudios y su trabajo, que a lo mejor consume cannabis como droga principal casi siempre mezclada con alcohol. Tenemos gente, jóvenes que consumen alcohol y cocaína. Tenemos alcohólicos jóvenes y tenemos, luego, crónicos de más de cincuenta años que sólo consumen alcohol y que han sido alcohólicos de siempre. Tenemos los heroinómanos de siempre, porque los seguimos teniendo con nosotros; porque son una población muy crónica. Por lo tanto, nos siguen necesitando. Porque están en programas de metadona, por ejemplo. Y porque están trabajando aspectos más laborables...o familiares..."*

Por eso, si bien reconocen la especificidad que lleva asociada cada caso, desde el punto de vista de la adicción el perfil, entendiéndolo como adicto, no ha cambiado:

E4: *"En el IA la imagen del adicto no ha cambiado mucho. Porque, de alguna forma, hemos tenido el privilegio de verlos de primera mano. Con lo cual no hemos tenido que inventarnos nada. Los hemos tenido allí".*

C.1. El usuario una vez que recibe el alta:

A la hora de distinguir los múltiples estadios en los que podemos delimitar una carrera desviada, entendemos que es necesario marcar una tipología en torno a la relación que mantienen con la institución que les ha servido como apoyo. Así, podríamos diferenciar, a partir de lo dicho por los entrevistados, entre: aquellos que no acuden a esos recursos, los usuarios activos y los que han terminado su tratamiento. Sobre estos últimos nos dicen que es la persona a la que se le da el alta una vez que se la ve preparada:

E2B: “El ex-usuario, digamos, [es] la persona a la que se le da el alta. Estamos hablando de una persona a la que le hemos dado el alta. Normalmente, la persona a la que hemos dado el alta no tiene más relación. Normalmente la persona a la que le das el alta, le das el alta y no... igual que si le das el alta de un servicio sanitario”.

E5: “Cuando una persona acaba su proceso, pensamos que está ya preparado. Se le da de alta. Porque claro, no tiene sentido estar ahí eternamente. Entonces, una vez que la persona acaba el proceso, de forma satisfactoria, con objetivos cumplidos, entonces se la da de alta”.

Y, aunque desde Asistencia contemplan la posibilidad de realizar un seguimiento más allá del alta,

E2B: “Hay un proyecto de hacer un seguimiento post-alta pero como seguimiento. O sea Intervención, bueno, pues a través, a lo mejor, de un programa tipo bola de nieve y demás...”

E5: “Efectivamente, nosotros, desde el departamento de reinserción estamos haciendo una investigación sobre el seguimiento post alta. Es una investigación que está en marcha y [su] objetivo es conocer la situación de la persona cuando sale del CAD y a los 6 meses para [comprobar] una constancia en los logros. [...] ¿Logros respecto a qué? Logros respecto a variables como el empleo, consumo, la red de apoyo social, el núcleo convivencial y el ocio. Porque queremos ver si una persona lo mantiene. Pero esto está en fase de investigación”.

cuando preguntamos acerca de la posibilidad de incorporar a los ex-usuarios como una parte más de los recursos de apoyo a nivel terapéutico, sabios o personas que ya han vivido ese proceso, nos dicen que es demasiado alto el riesgo que se corre asumir esa posibilidad en la práctica

E2A: “No es la idea del Instituto. La idea que tú dices se ha utilizado en algunas instituciones [...] se corre mucho riesgo con ese... Consideramos desde aquí y creo que hablo por todo el Instituto, se corre mucho riesgo con personas que han sido... que han tenido problemas con las drogas. Lo han superado pero, evidentemente, el riesgo de una adicción está ahí. Que esas personas ayuden a otras... otra cosa es que no participe como se puede participar en cantidad de asociaciones... o cuando hay algún detenido... Pero otra cosa es que apoyes un tratamiento. O sea, corren mucho riesgo tanto el que está en pleno tratamiento como el que abandona el tratamiento. Porque el problema de recaída en una adicción existe”.

Aunque sí contemplan esa participación en otros espacios más controlados, como pueden ser las comunidades terapéuticas. Sobre ellas y el papel que han jugado estos sujetos, afirman:

E2B: *“Sí está contemplado, a veces, a través de asociaciones y demás, el trabajo con grupos de apoyo pues de iguales, grupos de gente...pero no incorporados a los programas de tratamiento sino como grupos de apoyo. Eso sí está contemplado y, de hecho, se trabaja con grupos de alcohólicos rehabilitados o narcóticos anónimos etcétera... pero no incorporados a lo que es puramente asistencial, al tratamiento”.*

E2A: *“Pero sí que es verdad que eso se hacía en un tiempo. Los ingresados que llevaban más tiempo se ocupaban del acompañamiento de los que acababan de entrar, ¿no? Cuando estaban en periodo de desintoxicación y tal, los acompañaban, se pasaban... Claro, pero están en un sitio absolutamente donde hay contención porque están en un sitio cerrado y entonces, ahí, sí que es verdad que no hay riesgo [...] estás en un sitio absolutamente cerrado donde están todos en tratamiento. Es diferente [...] es muy diferente hacerlo en un tratamiento ambulatorio a hacerlo en un tratamiento...”*

El punto positivo radica en la capacidad de empatía que entre ellos pueden generar y que esto pueda repercutir favorablemente en aquel que acaba de empezar el tratamiento:

E2A: *“Sí que un poco la experiencia o el...más que la experiencia yo creo que la empatía en las emociones que puede estar sintiendo esa persona que acaba de ingresar...pues uno que ha pasado por ello, es mucho más fácil, la empatía. En el sentido, pues, abre mucho más lo que hay que decirle a una persona que está así”.*

E10: *“Pues eso sí que lo manejamos pero es algo ya con un poquitín más de tiempo. Porque una de las cuestiones que sí que vemos es que, y en esos grupos, no fomentamos que fuera del centro se relacionen entre ellos. Porque están en un proceso de cambio y “yo ya tengo bastante con trabajar mis dificultades, cuanto más me relacione con una persona que también está en ese proceso de cambio y tiene las suyas”. Pero cuando alguien ya tiene el alta terapéutica, lo utilizamos de una manera puntual. Es decir, al inicio, cuando empiezan, estamos trabajando la motivación, sí que decimos a alguien “oye, ¿te importa venir y hablar de tu experiencia?”. No fomentamos las relaciones fuera del centro porque los datos que tenemos y lo que sabemos, suele tener más inconvenientes que ventajas. Entonces, sí que vienen usuarios que hemos tenido. Trabajamos con ese usuario el objetivo; no viene espontáneamente a contar “yo...”. Porque hay que cuidar muy mucho el lenguaje que se utiliza. No es lo mismo el lenguaje que hablamos aquí técnico... y que es importante. Esto es un laboratorio también para ellos: hablar de su problema, pero ya cambiando cómo me expreso, eh. Porque eso es ya empezar a descondicionar...”*

Pues esa empatía puede girar del lado contrario y generar unos riesgos que ponen en el entredicho esa ayuda:

E2A: *“Pero incluso eso cada vez se hace menos. Porque sí que es verdad que se empezó a ver que está gente que ya llevaban dos o tres meses en la comunidad, al estar en contacto con la persona que acaba de salir y que, claro, tenía deseos y hablaba sobre los deseos que tenía de consumo, ponía en mucho riesgo... lo hacía pasar bastante mal al que ya llevaba tres meses”.*

En la última cuestión que hacemos a los miembros de Asistencia acerca de la posible utilidad que tendrían estos sujetos como agentes activos, una de ellas afirma que es difícil tener la seguridad de que hayan adquirido los factores de protección que permiten ese autocontrol.

Sobre todo porque siguen siendo pacientes:

E2B: "no son ex-pacientes, siguen siendo pacientes".

E2A: "Por eso es lo que te decimos que no es tan claro".

Por eso dentro de esa lógica, si bien no contemplan esa incorporación en plantilla como agentes, si contemplan, pues ya ha sucedido, la existencia de una posible recaída y la necesidad de volver a hacer uso de los recursos ofertados:

E5: "Esta persona no vuelve a ir al CAD salvo que tenga un problema. Y ya sabe, esa persona sabe, que si tiene un problema, alguna dificultad, pues puede pedir cita y se le ve".

Así, desde Reinserción nos dicen que el objetivo último, una vez que han recibido el alta, es que normalicen su vida y no necesiten más los servicios que desde estas organizaciones se ofertan. Se trata de cortar el cordón umbilical, incluidas las posibles colaboraciones con la(s) institución(es), y que continúen con su vida:

E10: "Pero otra de las cosas que también sabemos de la gente es que llega un momento donde la gente te pide cortar la relación con el centro. Es decir: insertarse en su vida. Entonces, es uno de los objetivos que, bajo mi punto de vista, tiene que estar muy trabajado, muy pensado: a qué va a venir, qué va a decir... Eso con los profesionales. Y luego ya, después, vienen y esto ya lo tienes resuelto.... Y viene el momento de: "Ya. Hay que cortar este cordón umbilical y a lo tuyo".

E5: "Pero vamos, lo que se intenta, a toda costa, es que la persona normalice su vida".

PARTE II: miradas alterinstitucionales.

A. Sobre Consumo Crítico y Consumos Libres Vigilados: dos acciones en materia de consumos.

A.1. Consumo Crítico:

A.1.1. Orígenes de la organización y fundamentos de la acción:

El origen de la organización nos dicen que se encuentra en la unión de dos colectivos que plantearon su actividad como una respuesta a unos vacíos de información que no cubrían ni las campañas universales ni la atención primaria:

E12: Empezó hace 17 años. Bueno empezó, en realidad en Barcelona. Eran dos grupitos a la vez, prácticamente sin tener conexión en Madrid y Barcelona, sólo que cuando empezaron a mirar los de Madrid [dijeron]: “¡Ah, mira! si hay gente que está en Barcelona haciendo esto”. Se pusieron en contacto y así empezaron un poco juntos...Y empezaron un poco como respuesta a un vacío. O sea, estaban las campañas por un lado oficiales, ¿no?: de prevención universal. Pues un poco enfocadas a la abstinencia, al No, y bueno a todos estos clichés que hemos oído mil veces: de “el mundo de la droga”, “la droga te engancha”, “empiezas con un porro y acabas en la heroína” y cosas así. Y luego se empezaba también con el tema de reducción del daño. Pero ya en atención a personas drogodependientes. Y había ahí un vacío, un grupo de gente que había consumido alguna vez o estaba pensando en consumir, o no, pero en cualquier caso como muy esporádico y no había fuentes de información. No. No había formas, pues eso, de informarse sobre la sustancia, sobre ella, sobre los riesgos, sobre cómo funcionan y, entonces, empezó un poquito ahí, como respuesta a ese vacío.

Una práctica que entienden necesaria pues todavía a día de hoy sigue habiendo grandes parcelas de desinformación, como puede evidenciar la falta percepción de riesgo, que hacen que la droga se siga viendo como algo extraño y con vida propia, precisamente, bajo esa laxa etiqueta de “la Droga”:

E12: Bastante, bastante. Pero por eso. Porque siempre la información que ha habido es de lo que has oído, o de lo que has visto. Por ejemplo la poca percepción de riesgo del alcohol...o de directamente no considerarlo una droga. O el tabaco...pero con el alcohol pasa, ha pasado mucho ¿no? Está tremendamente bien aceptado, socialmente. Entonces...es... hay muy, muy poca percepción de riesgo. Y luego, en cambio, todo esto de “la Droga” ¿no? Como un mundo que...a veces esto nos resulta curioso ¿no? Lo de la droga como una única cosa y como un ente casi con vida propia. Que puede sobre ti ¿no? Que son todas las sustancias lo mismo y... Incluso entre consumidores todavía, o sea entre no consumidores más, pero todavía entre consumidores, todavía resuena un poco el discurso este que hemos oído siempre, a través de, pues de padres, de gobierno, de...de todo ¿no? Esto de: “la Droga”. Entonces por eso, todavía falta. Falta muchísima información. Por suerte cada vez hay más gente que la busca y que la tiene. Pero sigue habiendo [...] La idea esta que decíamos de “la DROGA mata”, “la droga te atrapa”, “caes en el mundo de la droga”. Es como, quita totalmente la responsabilidad de uno. Y eso es lo que sigue vigente en la gran mayoría de los casos. Es un poco darle la vuelta, ¿no?

E12: Sigue vigente la definición, yo creo. [...] Y, en general, no se tiene un concepto de... Se generaliza. O sea, es la droga con todo lo que eso conlleva, ¿no? Y no es la droga en sí, sino el uso que se hace de ella. Me parece muy importante remarcar eso: lo que son las sustancias en sí, están ahí y no hacen nada. Si tú no haces un uso irresponsable de ellas...

De ahí que partan, por ejemplo, de una definición compleja de lo que es el consumo en base a tres ejes: sustancia, contexto e individuo.

E12: Siempre decimos que la experiencia de uno depende a partes iguales de la sustancia, del contexto y de uno mismo. O sea, la experiencia que uno vaya a tener no es toda la sustancia ni mucho menos. Entonces la información que damos va orientada a esas tres cosas.

Una respuesta en consonancia con un enfoque que se define por escapar de posturas definidas como paternalistas y por tratar de facilitar la mayor cantidad de información posible o disponible para que la persona tome decisiones desde una posición crítica sobre lo que son las drogas y las implicaciones de su consumo:

E12: Nuestro enfoque, es un no juzgar y...y no... es un poco contrario a la postura esta paternalista de: “no haz esto, esto es bueno, esto es malo...”. No. nosotros damos información: “esto es así”. Información objetiva y contrastada. Y sabes, no te vamos a decir: “no hagas esto. O esto es terrible”. O calificativos así muy contundentes. No. Decimos las cosas como son y tú decides. Porque al fin y al cabo tú vas a llevar las consecuencias, las buenas y las malas. Entonces, pues eso, fomentar un poco el pensamiento crítico, y que cada uno tome sus decisiones, ¿no? Pero para eso, para tomar una buena decisión, lo principal es estar bien informado. Porque si no, si basas tu decisión en mala información, o en desinformación pues, entonces...eso.

Porque han comprobado que es lo que funciona:

Primero, por la constatada dificultad de moverse dentro del debate, marcado por la multiplicidad y complejidad de discursos a favor y en contra, sobre las drogas en un contexto de cultura de la desinformación:

E12: Por suerte cada vez menos. Pero hay bastante. Por ejemplo: ahora con lo del cannabis, de toda la gente a favor del cannabis, de la legalización y tal...emm...empieza mucho este discurso de: “todas las ventajas del cannabis, el cannabis cura el cáncer”...es como la panacea. Pues ese tipo de discursos vienen de gente que eso...que se cree que están argumentando desde el conocimiento cuando en realidad es una cultura que se ha creado también en alrededor de... Lo digo por poner el ejemplo contrario siempre al “contra-las-drogas”, ¿no? En este caso es “a favor de las drogas”, en este caso del cannabis pero también hay desconocimiento por esto porque...como que se mezclan los discursos. O sea: una cosa es que argumentes a favor de la legalización o de...humm...bueno de eso, de la decisión personal de consumo o no, independientemente de lo que te diga el gobierno...O tal. Y otra cosa es la parte terapéutica, o propiedades médicas, o tal. Y las dos pueden ser verdad, pero no hace falta argumentar lo uno con temas de lo otro que no tiene nada que ver.

Segundo, por la necesidad de derribar mitos en la práctica. Además de los ya citados, hay otros que surgen cuando se desarrolla una acción in situ y que deben leerse en clave de oportunidad para seguir profundizando en la cuestión de los consumos y de la intervención informativa:

E12: Que esto también es eso, es como un mito muy extendido ¿no?: que la gente que se droga, pues no tiene cabeza ¿No? O los jóvenes...o tal...Y nuestra experiencia no es así. De hecho, bueno, te digo los datos que recogemos, que son estadísticos y tal...pero por ejemplo eso, con los análisis...mm...luego preguntamos qué significa para ti el resultado. Si has preguntado sobre los efectos, si aumentas o disminuyes la dosis o la descartas...Y, bueno, no te sé decir el porcentaje. Pero bueno, un noventa y mucho, un noventa y nueve por ciento de los casos en los que el análisis es negativo, o sea que no es lo que la persona creía, y directamente descartan, lo tiran ¿No? Descartan el consumo. O sea que cierta preocupación hay. Por supuesto como en todas partes.

E12: También nuestra intervención se adapta un poquito al tipo de discurso que traen. Pero lo bueno es eso: una vez que tienes a la persona sentada contigo si le haces sentir cómodo, y con nosotros se suelen sentir cómodos, pues ya empieza a fluir la conversación, empieza a contar más cosas, empiezas tú a contar cosas y según como veas lo que la persona te devuelve, o no, se puede profundizar bastante.

Y tercero, porque dar y capacitar es lo que realmente cala:

Dar:

E12B: Darles herramientas. Y que las utilicen desde su responsabilidad como individuos responsables, que se supone que somos todos de nuestra vida. Me parece que por ahí... Se me ocurría el tratar a la gente, o en este caso, a los usuarios, como responsables. Porque, al final, somos personas responsables y creo que las políticas de “di No” son muy sobreprotectoras.

Capacitar:

E12: Capacitar a las personas frente a imponer o adoctrinar. [...] Si tú vas con el discurso de “la droga mata y si te fumas un porro y te tomas una pastilla, te puedes morir”. Tú le dices eso a alguien que se ha fumado un porro o se ha tomado una pastilla y se lo ha pasado fenomenal...

Pues a la hora de lanzar mensajes, hay que tener cuidado de no caer en una especie de “Pedro y el lobo” que acabe por no tener efecto en una población que convive con los consumos y se debe promover posiciones abiertas a compartir la mayor información disponible para incitar reflexiones críticas y conscientes acerca de lo que es la toma de decisiones individuales en un contexto de consumo:

E12: Y, claro, ¿qué caso te va a hacer? No te cree. Dice: “Si yo me he fumado un porro, me lo he pasado fenomenal y no me he muerto”. Entonces, eso, ya dejas de tener credibilidad. Por ejemplo, ha pasado ahora con, pues eso, siempre la “la droga mata”, “las pastillas son malas”, “el MDMA mata”, y cuando aparece algo que verdaderamente es muy tóxico... Porque una de las alertas que hemos sacado hace poco, unas pastillas que aparecían con una sustancia, que verdaderamente la dosis

efectiva y la tóxica estaban muy cerca, ¡pues claro!, ahí lanzas una alerta de ese tipo, dices: “esta sustancia mata”; y ya ¿qué efectividad tiene cuando llevas no sé cuánto tiempo oyendo que, que toda la droga mata? Entonces es, un poco, información no objetiva. La gente no es tonta. No se droga para sufrir, de este consumo recreativo que decimos. Entonces pues, es no engañar. Es dar todos los datos, todas las herramientas, y decir: “mira, esto funciona así, tiene esto de bueno pero tiene esto de malo”, “también tiene esto de malo si lo haces así, y esto de mucho peor si lo haces de esta otra forma”, “estas cosas interaccionan, esto no”, “mírate tú como estás que esto aunque parezca que no afecta de esta forma”...Todos los datos. Y, luego, con todos esos datos, decides. (...) Y así es como hemos comprobado que, efectivamente, llegamos más a la gente. A la gente sí que le llega ese mensaje, ¿no?, pues eso: “yo decido, ¿sabes?”

E12B: Pues es desde el respeto que es un poco de lo que hablabas [a E12]. Es el respeto y la objetividad. Al final no se trata de que yo tenga una opinión de eso, sino decírtelo todo, tal y como es y que tú decidas.

E12: Por ejemplo, nos lo preguntan muchas veces: “¿Y tú qué harías? “, o “¿Tú consumes?” o “tú no sé qué. [Citándose a sí misma] “¿A ti te cambia algo que opino yo?, ¿O lo que yo haga?” Es un poco la respuesta que damos y verdaderamente sí que, sí que hace reflexionar. Por eso decía que la gente sí que, sí que es receptiva, entonces... Tampoco están acostumbrados a ese discurso. Están acostumbrados a que les digan: “haz esto” “esto sí, esto no”, “esto es bueno, esto es malo”. Y, entonces, eso, cuando les das... Les das esa capacidad esa: “No. Decide tú”. La primera reacción es... [gesto que expresa sorpresa] Y nos pasa con todo: nos pasa en las intervenciones, pasa en los talleres, con los chavales y pasa... Y, verdaderamente, sí que creo que funciona.

A.1.2. Tres ejemplos de acciones informativas: educativas, campañas y análisis.

Pero, ¿cómo es ese trabajo de incidencia y qué aprendizajes obtienen de él? Para contestar esta pregunta y situar en algo concreto la visión de este colectivo, presentamos tres ejemplos de acciones diversas que desarrollan en materia de información. Estas acciones, y otras más, pueden observarse detenidamente y de primera mano a través de los recursos audiovisuales que la propia organización comparto en su sitio. Desde aquí invitamos a complementar lo que aquí reflejamos de lo dicho para tener una mejor noción de lo que hacen.

Un ejemplo ilustrativo de acción enfocada a desmontar mitos en materia de consumos es una campaña informativa. Esta campaña titulada “hazte tu rulo”, se centró en transmitir un mensaje claro sobre los consumos de riesgo y los riesgos del consumo y que puede asociarse al área de la salud y la reducción del daño y comprobaron que hasta cuestiones básicas como las formas de consumo quedan al descubierto:

E12: Una de las campañas así de las más gordas que hemos tenido, la de “Hazte tu rulo”, pues... algo tan simple como eso, ¿no? Pues decimos, bueno si has decidido que vas a esnifar algo, bueno pues al menos que cada uno con su papelito o lo que sea. Igual que no compartes un cepillo de dientes, pues

tampoco estar pasando cosas... Te puedes pasar un catarro o un herpes o vete tú a saber. Pues algo tan simple como eso y que llevamos ya años de campaña, y que hay gente que ya se lo sabe de sobra, y es verdad que es una campaña que ha calado mucho... pero todavía la gran mayoría de la gente, si preguntas, no sólo no tiene ni idea de esto, sino que además van al billete. El mito este del billete, porque sale en las películas, o no sé muy bien por qué, pero un billete es como lo más... guarro que se puede usar, que ha pasado por millones de manos, por el suelo, por alcantarillas y que verdaderamente tiene muchísimos más riesgos que cualquier otra cosa. Pues esto, por ejemplo, algo tan simple como eso, sigue.

Otra área de trabajo de la asociación es el de los análisis rápidos de drogas en contextos de ocio. De esta actividad destacan la necesidad de asesoramiento que presenta la gente que o bien no conoce los efectos de una sustancia que se plantea consumir o bien gente que a pesar de informarse de ciertas sustancias no tiene la seguridad de que eso que tienen en sus manos sea la sustancia que creen que es. Una oportunidad para conocer consumos emergentes de nuevas sustancias, las diferentes actitudes que toman las personas que se acercan a su recurso,

E12: Entonces, el tema del análisis surge un poco porque, bueno, las drogas ilegales, al menos, pues no hay ningún tipo de control sobre ellas. O sea, son mafias o camellos o lo que sea, pero no hay ningún tipo de control; como puede pasar con los medicamentos o con drogas legales como el alcohol o el tabaco aunque luego te encuentras igualmente el garrafón. Pero bueno, al menos puedes tener acceso a algo con cierto control y entonces, ¡claro!,: si no sabes qué es lo que tienes manos... qué sustancia es o con qué está cortado... si tiene combinación de varias sustancias o en qué proporción o qué pureza pues es mucho más difícil gestionar... Por mucho que te informes de cómo funciona la sustancia, cuáles son los riesgos, cuáles son las interacciones, cómo intentar reducir los efectos negativos que es un poco lo que asesoramos nosotros. Pero claro, si lo que tienes no sabes lo que es, o es una cosa diferente de lo que tú crees o tal... Pues la información se queda ahí un poquito coja. Entonces empezó por eso.

E12: O no es necesariamente un veneno. Puede ser otra sustancia con sus correspondientes riesgos y efectos positivos y lo que sea. Lo que pasa que si no es lo que buscas... Por ejemplo, te pongo un caso: en un festival... bueno ha pasado en varios festivales... este verano pues ha habido unas pastillas en concreto, que han estado bastante extendidas que no eran MDMA, eran 2CE que es una sustancia alucinógena... (...)Un derivado anfetamínico igual que el MDMA. Pero bueno, es una familia enorme... Entonces, éstos tienen efectos alucinógenos. Te hablo de este caso porque sí que tuvimos como diferentes reacciones [3]:

(1) Desde los que vinieron antes de haberlo consumido, que es lo suyo, la gran mayoría fue, la respuesta fue: “¡Ahí va! ¡Pues menos mal que me lo has dicho! Si no... ¡Imagínate! ¡Qué liada! Que me tomo esto pensando que me voy a pegar mi fiesta con mi éxtasis, que es lo que yo conozco, lo que yo buscaba... y pues menos mal que me lo has dicho”. Pues esta fue una reacción como más común.

(2) Recuerdo uno al menos que le dijimos qué sustancia era y tal, y dijo: “¡ahí va! ¡Qué curioso! Pues explícame qué sustancia es esta, cómo funciona... y no sé qué” y se quedó pensando que a lo mejor lo probaba. Pero bueno, por lo menos sabiendo los efectos, sabiendo las dosis y no esperándose otra cosa.

(3) Y luego, mala pata, vinieron unos cuantos que ya lo habían probado ellos, o sus amigos, y venían pues... por la preocupación: “esto me está sentando raro, o yo estoy raro, o algo pasa”. Entonces, en

ese sentido, al decirles: “mira no es que estés mal, no te vas a morir, no te estás volviendo loco. Es que es esta otra sustancia y ya está”.

O la oportunidad de colaborar con otros profesionales en situaciones de consumos problemáticos:

E12: Siempre cuando llegamos a los festivales de lo primero que hacemos, ¿no?, es ir a presentarnos a los sanitarios, decirles dónde estamos, lo que hacemos... Muchos de ellos ya nos conocen, pero bueno, para que sepan que estamos ahí, para que haya comunicación y tal. Entonces por ejemplo, en este festival que te digo, vinieron, por ejemplo, que tenían un chaval que estaba con un cuadro de ansiedad brutal y que su amigo pues le había dado unos restitos de lo que había tomado y lo analizamos y era efectivamente esto. Entonces pues eso es un poco lo que pasa por el desconocimiento, que te piensas que es otra cosa y empiezas pues eso, a ver torcido y no sé qué pues... Bueno en este caso el riesgo era ese, la ansiedad, que bueno no es un riesgo de vida o de muerte pero el mal rato...

De ahí que las acciones que ellos marcan como más importantes, para derribar mitos y promover la reflexión, son los talleres en clave educativa que imparten a los jóvenes en centros escolares:

E12: Es lo principal. De hecho, viste que tenemos, otra área grande es la educativa, con talleres en institutos, en centros de jóvenes. También con padres, con profesionales, con lo que sea...pero bueno lo principal es con los chavales. Y ahí eso, la estrategia que tenemos nosotros, o nuestro enfoque, va dirigido a eso: a cuestionar. A eso, al pensamiento crítico: intentar analizar todo, no dar por sentado nada, o creerte todo lo que oyes o... Pues eso, si te dice un amigo: “toma, fuma esto”, “pruébalo que es bueno”... Pues no tener que... no creerte a pies juntillas porque te lo ha dicho tu amigo, sino buscar tú tu información o tus fuentes de información, o lo que sea, y en función de eso ya decides.

E12: Se adapta también el discurso según donde vayamos. Y también se intenta recoger información del grupo antes de empezar. Pues eso, algunas veces o en algunas zonas que tienen contacto mucho más directo o acceso a drogas...pues...que ya aparecen consumos de cocaína y tal. Bueno, pues se puede introducir el tema y hablar. Pero sobre todo es eso mucho diálogo, no llegar y soltar el rollo de tal. Es diálogo y preguntar. Y rol playing y: “¿qué harías tú en esta situación?”. Y fomentar habilidades sociales y herramientas para manejarse en una edad un poco difícil con...

Y con una valoración y acogida positiva que sustentan la propiedad de las sesiones:

E12: Pues tienen muy buena acogida. De hecho de la mayoría de sitios, o de institutos, o de centros a los que vamos al año siguiente repiten... O algunos organizan varias sesiones en el mismo año y tal. O sea que la acogida es muy buena. Lo que suele costar entrar más al principio según un poco la mentalidad de quien dirija el centro o tal. Pero, en general, tanto con docentes como con los propios chavales funciona bastante bien. Las evaluaciones son bastante buenas.

A.1.3. Consumos, Marcos Normativos y Acciones: reflexiones sobre la práctica.

A.1.3.1. El marco normativo y las nuevas drogas: el brete a las administraciones e instituciones.

Otro eje en el que hemos entroncado la conversación es aquel que recoge las reflexiones producidas al calor del desarrollo de una práctica, más o menos militante o voluntaria, y que giran en torno al contexto normativo y político que fluye dentro del ámbito de las drogodependencias. Por ejemplo, es interesante el cuestionamiento que realizan de la capacidad adaptativa de los marcos reguladores ante los nuevos consumos y la pérdida de oportunidades que significa no abrir espacios a otras direcciones:

E12: Un ejemplo interesante: ahora mismo, pues un tema de debate importante, el tema de todas las sustancias emergentes [legal highs], todas estas nuevas drogas de síntesis que, pues eso, que en cuanto te das la vuelta han aparecido otras siete más, ¿no? (...) Un montón de sustancias nuevas que se desconocen sus efectos, que no han pasado ni estudios ni controles y además las ha probado muy poca gente. No es como un MDMA o el cannabis, que lo ha consumido un montón de gente, hay estudios y se conocen efectos y se puede asesorar hacia un consumo de más riesgo o de menos. Con estas sustancias no. Las que los consumen son un poco conejillos de indias. Pero, claro, esto plantea como un reto a las administraciones y a las leyes. Porque se ha visto... [...] Por ejemplo, en Inglaterra se extendió muy rápido la mefedrona como una alternativa legal al MDMA. Claro, se vio que tiene más riesgos y como se había extendido y se había asociado a X muertos, ¿cuál fue la solución del gobierno? Pues ilegalizarla. ¿Qué pasa? Que a la semana había otras cinco aún más nuevas, aún más desconocidas, y que trataban de imitar los efectos de la anterior. Y, además, tampoco disminuyó el consumo de mefedrona.

De hecho, y a partir de este ejemplo constatan cómo en una convención en la que se iba a hablar de estas nuevas sustancias las soluciones a las que se llegaron fueron unas propuestas ya “clásicas” (prohibición y fiscalización), provocando una pérdida de oportunidad de probar nuevas rutas:

E12: Efectivamente todas las propuestas iban dirigidas a la prohibición y a la fiscalización. Cuando en realidad debería ir un poco enfocado... podría ser una oportunidad de enfocarlo hacia otra dirección, hacia lo que decimos: establecer un contacto, establecer un control, informar...

Dando como ejemplo de marco referencia para esas nuevas rutas lo sucedido en Portugal:

E12: Otro ejemplo, Portugal: cuando descriminalizaron el consumo de drogas, de todas, y se creían que esto iba a producir un aumento del consumo. Y no, no sé qué franja de edad, no sé si entre los veinte y algo, había una franja de edad en la que sí que había aumentado un pelín, los primeros meses, pero luego no. Y, desde luego, redujo los números de encarcelamientos. Y con el ahorro que eso supone, todo ese ahorro se puede aplicar a políticas de salud y de educación. Y también habían descendido un montón las muertes asociadas a drogas.

Sin embargo, parten de la realidad de las posibilidades y oportunidades que tienen dentro del contexto en el que se encuentran. Por un lado, aceptando que hay cambios que son progresivos y otros que dependen de cuestiones profundas que no siempre se pueden controlar:

E12: Yo creo que es un poco porque está empezando el debate. No sé cuánto vamos a llegar a ver nosotros pero está empezando. Cosa que antes, lo que decía, hace quince años, era implantable siquiera: a nivel legal, sanitario, de todo. De hecho, por ejemplo, esto de la reducción de riesgos, o el modelo entre iguales, cuando empezamos no se conocía mucho, incluso desde la parte de la salud, tampoco se apoyaba especialmente. Ahora mismo ya sí. Todos los profesionales de lo social, de la salud... se ha visto que funciona y lo defienden. Ahora es la parte, pues, política la que no, no, no entra. Pero eso, por lo menos ya hay voces que lo enfocan hacia un lado, pues eso, más sanitario, más social, más... Entonces, yo creo que lo que falla es eso... bueno, "falla"... Que está empezando, que le queda todavía mucho recorrido. Y esperemos que siga. Y oportunidades. Como esto que decíamos de los "legal highs": para darle una vuelta a las cosas. Mírate si quieres, es interesante, el modelo que han establecido desde 2013 en Nueva Zelanda con todas estas sustancias legales. Es eso: es hacia la educación, el control, trabajan directamente con los productores para controlar las sustancias, hacen estudios y las que no tengan riesgos graves pues venderlas bajo ciertas condiciones en sitios establecidos y con ciertas licencias... También de los consumidores y las que se detecten más tóxicas retirarlas ¿no? Pero algo como un poquito más interactivo y más cerca de la realidad. Consciente de la realidad. Si no, el otro tipo de políticas lo único que hacen es ignorar una realidad.

E12: La diferencia es eso: cosas que se pueden decir oficialmente y no oficialmente. Cada vez hay más gente, individuos, o sea asociaciones pequeñas ya había, pero individuos más o menos relevantes que a nivel individual sí que están abiertos al debate o lo promueven, o tal... Pero a nivel institucional, no.

E12B: Bueno estos cambios cuestan mucho. [...] Requiere tiempo. Eso seguro. No ha hecho más que empezar. Y poco a poco.

E12: Además que son cambios muy gordos. No solo es el [debate] que se está empezando, el debate legal, va a temas tan profundos como la forma de educación, no sobre drogas solo.

A.1.3.2. Lo urgente y lo importante: acciones en un marco de recursos limitados.

Sin duda, todo ese marco de restricciones, materiales, y afinidades, políticas, hace que no todas las acciones tengan el mismo respaldo, o sustento, a la hora de implementarse, por ejemplo, dentro de una estrategia preventiva y de educación para el cambio:

E12: En políticas, en general, se va hacia una prevención universal. Y enfocada, un poco, a la abstinencia. Y se destinan unos presupuestos altísimos, bueno, es que no voy a dar cifras concretas ni datos concretos pero, eso... Decían del presupuesto de este año ¿no? Frente a nuestra subvención, que ya te digo, es cortita, pues habían destinado, no sé si eran cuatro millones de euros, a programas de ocio alternativo para jóvenes, para organizar partidos de fútbol y tal. Que, bueno, eso está muy bien ¿no? El ofrecer un ocio alternativo, pero si no das una educación sobre drogas pues al final los chavales terminan el partido y salen igual a consumir o no. Pero que no es, digamos, igual de efectivo, que una prevención como más específica. Pues una complementaria a la universal ¿no? No hace falta eliminarla tampoco pero en colectivos de más riesgo, pues algo como un poquito más dirigido y... lo

que hacemos nosotros en gente o cerca del consumo o de ambientes de consumo, o ya iniciados en un consumo, pues enfocado a eso. Y lo que hablábamos antes, de educar y cambiar un poco la perspectiva.

Limitantes que acaban por frenar múltiples proyectos por la falta de medios, pero que son suplidos por el trabajo de voluntarios/expertos/militantes y por los efectos positivos que reciben como respuesta a su intervención:

E12: El problema es que muchas veces esos proyectos se quedan como ahí apuntados en una libreta, dos años, esperando. Porque no hay cómo ponerla en marcha, no hay personal, o no hay dinero, o no hay tiempo, o bueno ya has visto, siempre a contrarreloj. Los pocos que estamos, sobre todo para la carga administrativa y de gestión, pues al final corriendo, hasta que no acabas una cosa, no puedes empezar con la siguiente.

E12: De hecho el motivo por el que en Madrid no hemos tenido subvenciones nunca y apoyos institucionales, eso es, bueno, el lado político que tiene Madrid siempre, ¿no? Mucho más cerrado. Y sí, con más recursos seguro. Porque eso, nos vemos muchas veces atados de manos: podríamos ir a más eventos, llegar a más sitios, nos llaman de sitios y no tenemos ni siquiera dinero para cubrir los gastos, los costes. (...) Si tuviésemos más, más financiación, pues llegaríamos a muchos más sitios, podríamos... Y luego también, siempre, eso como digo que la gente está, como muy involucrada y muy motivada... y lo bueno que tenemos es que viene gente de todos los ámbitos, tenemos de todo, hay trabajadores sociales, psicólogos, médicos, informáticos, diseñadores gráficos...

E12: Antes les daban algo y sé que les han ido recortando y no sé si este último siquiera no les han dado nada...pero bueno, han recortado mucho. En Barcelona, sí que tienen una subvención de la Generalitat y otra pequeñita del Ayuntamiento de Barcelona y entonces ahí tienen un poco más. Pero vamos, el resto...en Baleares nada y en Madrid la comunidad no...no da pie. Lo hemos intentado y bueno, no hay manera. Entonces, bueno, con esta pequeña subvención estatal por lo menos para materiales y proyectos y tal y pues algún técnico para llevar el carro... Pero en realidad el grueso de la organización, bueno, el grueso o todo, son los voluntarios. Que, por suerte, también en ese sentido hay muy buena respuesta por parte del voluntariado: de aprendizaje, de experiencias, de tal... Y la gente que se queda se engancha de verdad, y se motiva. (...)Decía una compañera en una reunión de voluntariado de toda la ONG que los voluntarios no somos voluntarios, somos activistas. Es un poco el sentido de eso que los que estamos aquí verdaderamente creemos en lo que hacemos. Es un esfuerzo grande. Es un trabajo un poco cansado pero compensa porque ves la aplicación o el efecto directo de lo que estás haciendo. Y como la acogida de la gente y la respuesta es muy buena y ves la diferencia que hace de una información, o una no información, o un análisis, sabes lo que tienes o no. Se ve. Se ve muy clara la diferencia. Entonces, los que estamos, verdaderamente, nos lo creemos mucho.

Y donde lo importante, para finalizar con un punto positivo, es mirar hacia el futuro para generar una determinada base empírica, consensuada y contrastada que sirva como plataforma para construir una intervención de calidad, estandarizada y compartida en materia de reducción del riesgo:

E12: Antes era más informal: nos juntábamos, hablábamos, y evaluábamos y proponemos y tal. Ya los últimos años se está como estandarizando un poco más. También ahora andamos con líos de criterios de calidad, de una auditoria y demás. Bueno, un poco por cumplir todas estas cosas, que siempre da como calidad al proyecto ¿No? Y también, por ejemplo, bueno, no sé si viene mucho al caso, pero es un poco como han funcionado estas cosas, hay otras organizaciones parecidas a estas,

en otros países. Y es curioso ¿No? Hablar con esa gente porque prácticamente todas han empezado un poco de manera parecida. Y eso nunca, nunca se había puesto nadie a estandarizar como tal ¿No? A aplicar pues, criterios de calidad, unos protocolos... Organizaron un proyecto, hace cuatro años, creo que fue, ha durado cuatro años. Y se ha acabado este año creo. A nivel europeo. NEWIP¹²⁶.

E12: Un proyecto enorme la verdad, también con un montón de áreas de intervenciones, en espacios de ocio, de análisis, de seguridad en los espacios de ocio... Todos estos temas, que nosotros también tratamos, pero eso, a lo grande. También se ha programado con, pues con salas, con promotores del ocio nocturno directamente, y un poco la idea era esto, el estandarizar ¿no? Porque al final todas estas intervenciones o asociaciones, volcadas a la reducción de riesgo, veíamos que habíamos tenido una trayectoria parecida y tal pero no había como, como una base escrita. O algo sobre lo que fundamentar o tener una referencia para futuros, futuras actuaciones, o futuras asociaciones. La idea era crear una base o estandarizar un poco una base escrita para que sirva de referencia para el futuro, o para ir creciendo a partir de ahí.

A.2. Consumos Libres Vigilados:

A.2.1. Origen del servicio:

Cuando preguntamos acerca de cuáles son las raíces y los orígenes de su enfoque, nos responden que hay que saber de dónde viene el susodicho abordaje de su práctica, tanto geográficamente como en su naturaleza. Algo, ese reconocerse, que ellos mismos han tenido que hacer:

E11: Hubo dos viajes a Ginebra para conocer un modelo de salas de consumo que también reunía esos dos componentes, el social y el sanitario. (...)Se organizaron dos viajes a Ginebra, participaron personas del ámbito institucional de los tres niveles y periodistas porque también se consideró cómo se comunica la información sobre un determinado problema social tiene mucho que ver con cómo se va a recibir desde el ámbito social, ¿no? Entonces, también, se intentó cuidar que la comunicación se basara sobre un conocimiento real de en qué consiste una sala de consumo.

E11: El abordaje es un abordaje compartido. Suiza ha sido pionera en la elaboración y desarrollo de las políticas de reducción de daños. La entonces directora de Salud Pública de Suiza que era Annie Mino, digamos, ha sido una de las que más ha combinado desarrollo teórico con políticas públicas basadas en la reducción de daño. Y, también es verdad, era otro contexto. Estamos hablando de finales de los 80 cuando hoy ya tenemos un cuerpo teórico muy desarrollado sobre reducción de daños, pero en los años 80 se estaba empezando a hablar de...[ello].

Un recurso que surge para responder una necesidad social y sanitaria que no estaba siendo cubierta:

E11: La sala de consumo se abrió en 2003 y se abrió porque existía una problemática social y sanitaria que había que atender. Esta problemática, digamos, que era bastante común a otras zonas del Estado. El objetivo principal fue el de poder cubrir un momento, el momento principal, el de mayor

126 Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project: www.safenightlife.org. Consultada el 20 de agosto de 2015.

riesgo, que es el vinculado al consumo y que no se estaba cubriendo desde los otros recursos de baja exigencia que ya existían en Bilbao.

fruto de un consenso político y social que evidencia, por un lado, un proceso de contactación y discusión con multitud de actores potencialmente implicados:

E11: La sala se abrió en 2003 y se abrió a través de una estrategia de generación de consensos, que lideró la organización y que involucró a actores institucionales y sociales. Hubo un año de negociaciones, un año de reuniones y espacios, para poder habilitar esos consensos, tanto con, lo que te comentaba antes, los tres niveles de la administración: gobierno vasco, diputación y ayuntamiento; pero, también, con todas las personas e instancias que pudieran estar, de alguna manera, involucradas. Con lo cual: empezando por los vecinos, los comerciantes de la zona, siguiendo por los Colegios profesionales de médicos, de enfermería, de trabajo social, de educación social... y, también, ONGs; generando sinergias con la otra, digamos, cara de la red de intervención en drogodependencias, centros de Salud Mental, por ejemplo, y las organizaciones que trabajan en desintoxicación.

Y, por otro lado, un contexto o una consciencia, por parte de estos actores, de la realidad de los consumos y de su necesidad de intervención. Elementos que podemos entender como cruciales para generar una visión favorable de las administraciones:

E11: Aquí, en Euskadi, no había un discurso oficial de tolerancia cero hacia las drogas. Digamos que ha habido, pero tradicionalmente, una visión mucho más pragmática, mucho más realista de la situación. Lo que te comentaba antes: la sala abrió en 2003 y ya, desde finales de los 80, había programas de reducción del daño. Ya había.

E11: Esa conciencia de los programas libres de drogas puede servir a una parte del colectivo consumidor pero puede no servirle a otra parte. A esa otra parte se le debe atender sus necesidades. Esa visión estuvo clarísima en las administraciones vascas.

Aunque eso no evita que haya que buscar las salidas y promover espacios de diálogo (interinstitucional).

E11: Por ejemplo, hubo necesidad de generar un espacio de diálogo interinstitucional. No es fácil sentar en torno a la misma mesa a Gobierno, Diputación y Ayuntamiento, aunque compartan la misma visión sobre una temática.

Sin embargo, en el caso concreto de esta práctica el factor político es un elemento que ha facilitado su desarrollo. Eso sí, desarrollo condicionado a las particularidades competenciales de cada actor/institución presente:

E11: Pero, sobre todo en Euskadi, hay un reparto de competencias bastante articulado. Entonces, los tres niveles de la Administración tienen competencias, no necesariamente en drogas. Por ejemplo la Diputación no tiene competencias en materia de drogas pero sí en Exclusión social, y el colectivo al que se dirige la sala de consumo es un colectivo en exclusión social. Con lo cual, por otro lado también, ha entrado la Diputación. Entonces, dentro ya de un marco institucional y competencial complejo, por mucho que se comparta la visión, luego, sentarse a una Mesa no es siempre tan

sencillo, ¿no? Pero, sí. Digamos que ya había ese punto de ventaja fuerte que era el de una visión asentada.

De esta forma, desde la organización se propone un recurso con intención de insertarse en la red pública desde su definición y en el que su implicación, como entidad que dota de recursos a una población, debe tener una duración determinada pues su objetivo, de sí para sí, no es perpetuarse en esa intervención sino conseguir que dicho recurso se integre en la cartera de servicios públicos:

E11: Digamos que nunca se entendió la sala como un recurso de la organización, sino como un recurso que estaba previsto que se insertase dentro de una red y, al final, orientado a una población que acude a un recurso distinto en base a un momento distinto en el que se encuentra a lo largo de su itinerario de consumo. Con lo cual tiene que haber una coordinación, una sinergia entre estas distintas ofertas de la rama asistencial que hay.

E11: Al ser una ONG de carácter sanitario, cuando hay una necesidad no atendida desde el sistema público que tiene que ver o que afecta a las condiciones de salud de un determinado colectivo. (...) No hay una vocación de perpetuarse en esa intervención para siempre. La idea no es generar estructuras paralelas, es ofrecer una respuesta ante una problemática que no encuentra respuesta a través del sistema público.(...) Y el objetivo final es que la sala acabe formando parte de una cartera pública de servicios sociales y sanitarios destinada a personas consumidoras en exclusión social.

Llegando a explicitar esta cuestión como un hecho transversal a la identidad de la organización,

E11: Entonces, MdelM asume la iniciativa de poner en marcha la sala, asume la responsabilidad de la gestión de un recurso, pero no la responsabilidad de dar respuesta a esa necesidad que sigue siendo pública.

E11: [Es] Una cuestión identitaria de la organización. Hay otras organizaciones que no tienen una vocación transformadora, que no tienen una vocación de desaparecer y forma parte de su propia ideología, de su propia visión; mientras que MdelM, uno de los lemas que resume nuestra misión es “nacemos para desaparecer”.

que podemos conectar a una filosofía práctica -la promoción de la Salud- que remite a un sistema de valores -Autonomía-:

E11: El primer principio que se me ocurre es el de autonomía. El respeto por la autonomía de la persona y la promoción de la autonomía. Desde una perspectiva de la reducción del daño es el punto de partida número 1: reconocer que hay personas que quieren seguir consumiendo o, que igual, no pueden dejar de consumir en un momento dado. (...)reconocer que existe una parte personal, una parte que corresponde a cada uno y un definir si quiere, y puede dejar de consumir, ya implica reconocer que el consumo es algo voluntario e individual que no puede ser sometido a una valoración ética o moral o, incluso, patologizante hacia la persona consumidora.

Un bloque, o armazón, teórico-práctico que termina por definir la acción como algo más allá que el abandono del consumo o la supresión de consumos en espacios públicos y que pone

en el centro, a modo de contextualización, el significado profundo de lo que puede llegar a ser la atención de personas consumidoras fuera del espacio destinado a ello.

E11: Al reconocer que el consumo responde a una cuestión subjetiva, personal, abordando eso desde una cuestión del respeto pues, evidentemente, la respuesta es que el consumo es un fenómeno que hay que abordar mientras exista, no pensando únicamente en el abandono tras los programas de deshabituación.

E11: Entonces, si ya reconoces la autonomía en el momento de valorar el acto del consumo en sí, también la autonomía es uno de los elementos que tienen que ver con cómo trabajamos aquí dentro.

E11: Es muy fácil transformar una sala de consumo de un recurso destinado a la atención de las personas consumidoras, transformarlo en un recurso de control de las personas consumidoras. Sobre todo si no lo dotas de contenido. No sé cómo o si usar la palabra... un contenido de “empoderamiento”. Si, simplemente, es un lugar dónde esconder a los yonkis, entre macrocomillas, quitarlos de la visibilidad porque molestan y enfocarlos, únicamente, desde un punto de vista estrictamente sanitario, pues eso, evidentemente, no tiene ninguna vocación transformadora; eso no se basa en reconocer la autonomía, sino, simplemente, de eliminar el problema del consumo en el espacio público.

A.2.2. Aprendizajes surgidos de (la evaluación) de la práctica:

A.2.2.1. Sobre el Marco y los Contextos históricos: la realidad se impone a la ficción.

Antes de adentrarnos en los resultados netos de esta práctica, hemos de situar el consumo de drogas dentro del contexto vasco y preguntar por el papel que tuvo la droga en el cambiante escenario social, político y económico de y desde finales de los años setenta del siglo pasado y ver qué queda de ese imaginario. Nuestro entrevistado, de origen europeo, constata el boom de la heroína –como fenómeno social- donde el contexto pudo jugar un papel de catalizador, pero dejando claro que no es amigo de teorías conspirativas incapaces de explicar toda la complejidad del fenómeno:

E11: A ver, está ahí. El tema de la reconversión industrial pues, evidentemente, fue el contexto socioeconómico-político, todo el contexto en general, en el que se dio el boom de la heroína en su momento. Hay tesis que vinculan la propagación del consumo de heroína con la voluntad política de dormir una generación que estaba siendo muy conflictiva, en el marco de relaciones laborales muy complejas, de conflictos sindicales, sociales, las imágenes de Bilbao, no sé si las has visto, pero vamos, había una conflictividad muy, muy fuerte a nivel no solo de las empresas, a nivel sindical, sino también a nivel social. Yo no suelo creer en teorías conspirativas. Sobre todo porque no explican la complejidad de un fenómeno. Y dos, porque siempre dejan fuera algo. ¿Que pudo haber habido una intención política de dormir a una parte joven de la población que estaba siendo especialmente conflictiva, que estaba siendo excesivamente complicada? Pues igual sí, igual no. No lo sé. A mí eso no me da la respuesta del “y después qué”. Yo lo que sí veo es que había un caldo de cultivo, unas tensiones... a ver, no nos olvidemos que la reconversión fue después de la Transición. La Transición, aquí en Euskadi, pues también generó una serie de fricciones y una serie de cabos que no se

terminaron de atar y una serie de expectativas frustradas que también hay que tener en cuenta. (...)Transformar una economía de industrial a servicios pues eso genera un trauma a nivel identitario, a nivel de qué sociedad somos y qué sociedad queremos ser.

De ahí que surja la necesidad de conocer más factores que ayudaron a cristalizar esta situación.

E11: (...) Pero sí me interesa saber qué otros factores había en su momento. La heroína fue y tuvo su boom en Euskadi pero también la tuvo en otros sitios. Los contextos eran distintos pero, sin embargo, se difundió igual. Con lo cual tiene que haber algo más que no solamente el impacto de la reconversión industrial.

Por ejemplo, la droga y su consumo como una plataforma para ahondar en la relación que establecen las personas con las sustancias en los consumos dentro de un contexto histórico y cultural que va definiendo lo que es eso definido como “consumo”:

E11: El consumo no es solo una relación que pasa entre una persona y una sustancia, sino que se inscribe en un marco de relaciones más complejas. ¿Cuáles son esas relaciones complejas que hacen que una persona en un momento dado, ese comportamiento, ese consumo, qué significado adquiere como para que uno se vincule a ese consumo y no a otro? Porque también va por épocas y por determinados sectores sociales. En los 60s había otro tipo de consumo, más relacionado a un entorno más contracultural, qué significaba en ese entorno y por qué luego cuando se vinculó más a sectores en exclusión asumió la connotación mediática que asumió.

A.2.2.2. Definiciones de droga e imágenes sociales de su consumo.

De la conversación mantenida y relacionándolo con la complejidad que señala el entrevistado, es interesante acercarnos a su visión, como profesional, acerca sobre qué es la droga. A la hora de respondernos, nos evidencia un desdoblamiento del concepto para ofrecernos una definición como profesional y otra como analizador que observa en la calle usos e ideas sobre las drogas.

E11. ¿Qué entiendo por droga? Como profesional que trabaja en el sector, pues droga es cualquier sustancia que altera la función del sistema nervioso central. Bien. Definición estándar, clásica. Ahora, desde un punto de vista más crítico, pues, cuando hablamos de droga ya estamos introduciendo un filtro previo. Nunca hablamos de droga cuando hablamos de tabaco. Aunque sepamos que son drogas, aunque legales, el tabaco y el alcohol, pero realmente, en el lenguaje coloquial nunca nos referimos a ella como droga. Cuando ya hablamos de drogas, automáticamente ya estamos pensando de drogas ilegales. Quizás no tanto en el ámbito profesional de la Intervención, pero en la calle sí. Y cuando ya estamos hablando de drogas ilegales, ya estamos hablando del yonki. Incluso cuando pensamos en los consumos de fin de semana, los consumos de las “pastis” en una disco, no pensamos en ese consumo como un consumo de drogas. No solemos asociar la palabra drogas y la idea de drogodependiente a esa persona. Tampoco lo tienen porqué ser, ¿no? Que hagan consumos esporádicos no significa que sean drogodependientes. Pero también yo creo que hay que situar el

consumo de drogas dentro de un contexto más... todo el mundo tenemos dependencias, de determinados tipos y de determinado nivel de problematización para gestionar nuestras vidas, (...) En el caso concreto en el que esa dependencia se relacione con una sustancia ilegal pues ya surge toda una problemática que tiene que ver con lo que entendemos como drogodependencias en general y con todo el estigma construido con esa problemática social. ¿Cuánto de esto tiene que ver con los riesgos relacionados, concretamente, con la sustancia? Pues hasta cierto punto ya sabemos que las drogas legales matan más que las ilegales pero, sin embargo, la alarma social está muy relacionada con las drogas ilegales. Con lo cual hay una parte de construcción social relacionada con el estigma, que tiene que ver con la manera en cómo entendemos y cómo abordamos determinados consumos. Una noche sales por el casco viejo de Bilbao y ves que hay un nivel de consumo de sustancias... brutal. Y ahí estoy mezclando tabaco con alcohol, marihuana y otras drogas que no generan alarma social y, realmente, eso no se percibe igual que un consumo esporádico de una sustancia ilegal.

A partir de esta constatación sobre la multiplicidad de perspectivas en torno a lo que es la droga, sus consumos y sus efectos, surge la cuestión de la imagen social sobre el consumidor crónico que hace uso del recurso del que participa. Según su visión, habla de cómo el imaginario asociado al yonki (yonki-peligro) ha ido modificándose, pudiéndose constatar en o por dos realidades: de una parte, un cambio en las formas de consumo crónicos, por motivos de deterioro; y de otra parte por la caída de la alarma social asociada; aunque no se haya producido un cambio de enfoque radical por parte de los medios.

E11: También hablando de la evolución de las vías de consumo, pues sí que ha habido una reducción progresiva del consumo inyectado a favor del consumo fumado. Tiene que ver con el deterioro del sistema venoso de las personas que llevan muchos años inyectándose. Pero también tiene que ver con, digamos, ese valor, ese componente cultural, que tiene que ver con el consumo o no: el consumo no tiene hoy la significación cultural que tenía en los años 80 y los 90. La misma figura, imagen, del “yonki” no se construye, no se declina igual que se declinaba hace unos cuantos años. Esa asociación automática de yonki-delincuencia, yonki-sida, yonki-peligro, hoy en día yo creo que es como mucho más deslavazada. Cuando salen en los medios de comunicación noticias relacionadas con el consumo, el enfoque sí sigue siendo ese. El enfoque sigue siendo el del yonki-marginal, hombre, peligroso, pero ya no sale ni con una frecuencia como la que podía salir en los 80-90, ni tampoco se percibe esa...no cae en el terreno que era especialmente sensible, no hay hoy una alarma social que había antes. Con lo cual no se recibe igual y no se alimenta igual el mismo estereotipo que se alimentaba en los 80 y en los 90. Pero sí que el tratamiento mediático de la información relativa al consumo en situación de exclusión social no ha variado igual que lo han hecho las condiciones sociales relacionadas con el consumo.

Y como contraste a ese tratamiento mediático del consumo en situación de exclusión el entrevistado nos habla de una experiencia piloto: una revista promovida por personas de las organizaciones implicadas, hecha por las personas usuarias y que se proponía acercar otra imagen de que los “yonkis” son algo más que un estereotipo o una población usuaria de servicios:

E11: Por ejemplo, aquí también teníamos una revista que ahora ya no la tenemos porque no hay presupuesto para eso. La revista era una revista que trabajábamos conjuntamente la Comisión

AntiSIDA, que tiene un centro de día aquí a doscientos metros, y nosotros. Únicamente éramos facilitadores. El tema principal de la revista lo elegían las personas usuarias y a partir de ahí lo que hacíamos era sentarnos con ellas, animar a otros usuarios a que también escribieran un artículo, una reflexión, una poesía... que cada uno expresara lo que quisiera, y pudiera, sobre ese argumento. Salir a la calle a hacer fotos con ellos sobre el tema propuesto. Luego la revista se editaba. De eso nos ocupábamos nosotros, la maquetamos, presentamos un borrador, si les parecía bien se mandaba a imprenta y una vez que estaba en imprenta la tarea era difundirla fuera del barrio. Normalmente salían temas relacionados con drogas, con el barrio de San Francisco....

E11: La idea era que trataran de temas del barrio pero que salgan del barrio. Con lo cual eran, también, las personas usuarias las que iban distribuyendo la revista, que era su revista, eran sus temas, eran sus inquietudes y sus habilidades porque, claro, cuando hablamos de un yonki a ver quién se imagina que un yonki escribe un texto con un nivel de profundidad no solo emocional sino también con vocabulario, que saca unas fotos muy guapas y tal... visibilizar que el colectivo tiene inquietudes, capacidades expresivas, expectativas, una forma de ver el barrio, qué barrio quieren, qué tipo de recursos quieren, por qué los quieren... Todo esto, visibilizarlo y visibilizarlo en otros barrios que no están tan familiarizados con el mundo de la exclusión y de las drogodependencias. Yo creo que era un argumento muy positivo y que además fueran las mismas personas las que tomaran la iniciativa sobre los contenidos, cómo trabajarlos, difundirlos, qué mensajes querían transmitir... me parecía un mensaje muy potente, ¿no?

A.2.2.3. Indicadores y evaluación:

En este punto se hace necesario señalar los elementos más específicos de su práctica y conocer las realidades más interesantes que han encontrado en el desarrollo de su actividad. Para ello, nos aprovechamos de lo que nos transmite acerca del propio proceso de evaluación que ponen práctica:

E11: El año pasado...no, miento, este año, estamos en 2013, se empezó desde MdelM un proceso de reflexión, así lo llamamos, involucrando a personas usuarias, personas trabajadoras de la sala de consumo, personas que trabajan en otros recursos y que ven la misma realidad pero desde otro lugar, para poder hacer un diagnóstico compartido sobre la situación actual y ver cómo hay que adaptar la sala de consumo para que sea el recurso más eficaz y eficiente para atender esas necesidades en un contexto en donde las inversiones presupuestarias también son un motivo para tener en cuenta. Quiero decir: la adecuación del recurso tiene que ver también con la responsabilidad en el uso de fondos públicos que tiene que ser adecuada a las necesidades actuales.

E11: Para la evaluación, se utilizó... ya había hecho su evaluación la sala de consumo de Vancouver. También es verdad que el contexto era distinto. (...) Desde el momento uno, pusieron en marcha, diseñaron una metodología de evaluación que tuvo que ver no solo con lo que pasaba dentro del recurso, en términos de personas atendidas, incidencia de VIH, etc, sino también lo que pasaba fuera: el nivel de robos en las inmediaciones, el nivel de conflictividad en las inmediaciones, etc. La idea, concretamente, era poder valorar distintas dimensiones que tenían que ver con la efectividad del recurso y su inserción en el ámbito, en el contexto sociourbano o micro.

Una evaluación basada en tres ejes: I) memoria del proceso de apertura de la sala, II) análisis de la actividad desarrollada y de los usuarios de dicha sala y III) el impacto del recurso en el entorno:

E11: La evaluación que hicimos se basó en tres ejes: el primero fue el de reconstruir el proceso de apertura en la sala de consumo, porque al final sí que se convirtió en un caso exitoso de apertura de un recurso dirigido a la exclusión social en pleno centro de Bilbao y que no fue, para nada, conflictivo. (...) Reconstruimos esa experiencia y, de ahí, extrajimos una serie de buenas prácticas que son las que recomendamos para procesos parecidos que se puedan dar en un futuro.

E11: La segunda línea de evaluación fue la del análisis de la actividad llevada a cabo en la sala de consumo y ahí se observaron, digamos, la evolución de los perfiles, de las personas consumidoras, y de los patrones de consumo. Cuando hablo de los perfiles me refiero a características sociodemográficas y de salud: cómo ha ido evolucionando.

E11: Y, luego, la tercera etapa de la investigación fue el impacto sociocomunitario de la sala: cómo ha repercutido en las condiciones de convivencia en el entorno.

De esta actividad y su práctica han recogido, como reflejo, ciertos aprendizajes que compartieron con nosotros a medida que les preguntábamos. En este caso, señalan la necesidad de evolución de los servicios como respuesta en la evolución de los patrones de consumo para garantizar un consumo de menor riesgo,

E11: Al principio la sala contaba solamente con un espacio para el consumo inyectado y luego, dos años después, en el año 2005 se abrió una sala de consumo fumado. ¿Por qué? Porque estaban cambiando los patrones de consumo y porque, sobre todo, si tú trabajas promoviendo realizar consumos de menor riesgo, tienes que ofrecer un espacio para que esos consumos se puedan hacer. No puedes decirle: “pues muy bien que quieras cambiar de vía a una de mayor daño pero consume fuera de aquí”. No tiene sentido

Una cronicidad de los usuarios que delata un envejecimiento de esa población,

E11: Por ejemplo, un dato interesante que salió fue el envejecimiento progresivo de las personas que utilizaban la sala. Cuando la sala de consumo abrió, la media de edad estaba en torno a los treinta y cinco y pico, y actualmente está en casi 40. Es decir, el núcleo grueso de las personas que acudían a la sala se ha mantenido y han ido envejeciendo con el tiempo. Lo cual apunta a cierta cronicidad del colectivo.

Una cronificación de los consumos, o una vuelta a consumos de riesgo, asociado a diversos aspectos, particulares y del contexto, de la carrera de los usuarios como consumidores,

E11: Últimamente, lo que estamos viendo es que sí había habido cierta evolución en el sentido de pasar de consumir de forma inyectada a vía fumada o en reducir la frecuencia de consumo, ahora, en los dos últimos años, estamos viendo una involución en ese sentido. Estamos viendo personas que habían dejado venir, vuelven. Personas que tiene el número de historia bajo, los que empezaron a venir al principio, que están volviendo con más frecuencia. Personas que habían pasado a fumar que están volviendo a inyectarse. ¿Por qué? Porque entendemos que el consumo tiene mucho que ver con el nivel de equilibrio y estabilidad que tienes en tu vida, a lo largo del tiempo se ha conseguido cierta

estabilización y si se te tambalea una pata de la mesa pues vuelves a un consumo que habías estabilizado e, incluso, dejado o que llevabas en tu casa en condiciones, digamos, entrecomillas “normalizadas”. Eh... si tienes menos dinero, que han reducido las ayudas sociales, pues el consumo que vas a hacer quieres que te cunda más con lo cual te lo inyectas en vez de fumártelo.

Y la constatación de las dificultades para registrar y trabajar con el indicador del impacto sociocomunitario, en este caso por falta de mediciones históricas de este factor:

E11: La tercera etapa de la investigación fue el impacto sociocomunitario de la sala: cómo ha repercutido en las condiciones de convivencia en el entorno. (...)Entonces, ahí, fue donde sí nos encontramos una serie de limitaciones mayores porque al no haber tenido una serie de mediciones constantes en el tiempo, también puedes acceder a unos datos y a otros no y, sobre todo, no puedes asociarlos todos, exclusivamente, a la existencia de una sala de consumo: si suben o bajan el nivel de delitos, por ejemplo, de aquí a un kilómetro, ¿no?... puede que tenga que ver con la sala, pero puede que también haya otros factores.

De ahí que proponga una propuesta de futuro centrada en la vinculación de servicios a desplegar a modo de itinerario en función de las necesidades detectadas en los usuarios donde el intercambio de información ha de ser un pilar fundamental:

E11: sería muy útil poder, digamos, elaborar como un itinerario que permita juntar distintos momentos de este colectivo, cómo va vinculándose a distintos recursos en base a su momento vital y, a partir de ahí, ver qué queda descubierto. O hacia dónde van las tendencias para poder ver cuál es el itinerario, digamos, la parte final de ese itinerario. Por eso, no poder compartir los datos es un elemento que queda cojo.

A.2.3. Límites de la práctica profesional con una población drogodependiente:

Una cuestión central en nuestra indagación es comprobar si existe una comprensión de los límites de la intervención con una población usuaria con un perfil definido y si puede ser explicitada. Mientras que el entrevistado nos comenta los aspectos sobre la evaluación de la actividad, aparece la cuestión de las relaciones de poder que “flotan” en el espacio de la intervención social en la relación profesional/usuario y que pueden encontrarse tras cuestiones tales como quién dice qué son buenas prácticas:

E11: Cuando se puso en marcha la sala de consumo también formaba parte de un abordaje en ese momento... Tres años antes se había abierto el centro de día, el año anterior el centro de noche... Digamos que fue toda una puesta en marcha de una batería de servicios para una necesidad concreta pero años después, el grueso de personas que siguen en exclusión social siguen estando cada vez más alejadas de la posibilidad de vol... quiero decir: también tiene mucho que ver con cómo se configura el sistema social, ¿no? Hablar de la inclusión dentro del sistema, la exclusión, la inclusión cada vez más lejana... El sistema, también... qué canales de inclusión te ofrece en el momento en el que llevas diez

años durmiendo en la calle y llevas diez años consumiendo vía inyectada, llevas diez años de no haber entrado en esos circuitos normalizados de la inclusión social, te vas haciendo cada vez más mayor, con lo cual: ¿cuáles son los canales?

E11: El estudio que te comentaba antes sobre buenas prácticas de la intervención... ojo: quién dice qué son buenas prácticas. No los profesionales porque nos ha resultado cómodo en un momento dado, sino porque, realmente, las personas a las que hemos estado acompañando en esos diez años nos dan un feedback positivo sobre esas intervenciones. Con lo cual, el ejercicio de poder dentro de la intervención social es algo que es muy peligroso, en el sentido que es muy fácil que aparezca, es muy fácil que yo, profesional de la intervención, te diga a ti, usuario, qué es lo que te viene bien ahora, qué es lo que tienes que hacer, o dónde tienes que ir. Intentamos tener siempre presente que existe una asimetría que facilita que se ejerza poder. La idea no es esa. La idea es acompañar a la persona a su área, dentro de un camino que sea el que esa persona quiera marcar.

Unas relaciones de poder que hacen plantearnos de qué manera ha influido el estereotipo del yonki a asentar un determinado enfoque en la práctica profesional y a lo que nuestro entrevistado como experto, y desde un punto subjetivo, responde:

E11: A ver, ha influido y ha influido concretamente mucho en el diseño de los programas de tratamiento. Esa es mi opinión, eh. Creo que en el momento en el que el tratamiento tiene el objetivo del abandono del consumo...de una forma estándar, ¿no? Por mucho que sea un tratamiento individualizado, pero, al final, el fármaco principal que se usa es la metadona. Otros son todavía experimentales y para la cocaína no hay ni eso y en el momento en que es uniforme para todos los usuarios y que es difícil que un tratamiento estándar tenga realmente en cuenta situaciones diferenciadas... Por no hablar de los programas libres de drogas... Evidentemente están introduciendo un sesgo moralista del consumo. Está introduciendo... “y si te pilló consumiendo, además, te echo y no puedes volver hasta dentro de seis meses”. Eso sí que está introduciendo un sesgo moralista, un sesgo que parte de la visión del consumo como algo que no sabes controlar y que tienes que aprender a controlar.

E11: Sigo hablando desde un punto de vista personal en esto. (...) Está clarísimo. La metadona ha sido una herramienta de control social. Evidentemente, en el momento en que teníamos a los heroinómanos adscritos a un programa concreto y, sobre todo, cuando, además, el abordaje ha sido sanitario, psiquiatrizante... Sí que había una visión que por muy centrada que estuviera en la deshabituación, también tenía un componente de control social relacionado con el “vamos a dormir” en cierta medida...quiero decir, no con la conspiración que te decía antes pero... Eh, si el consumo no se consideraba una parte del tratamiento, sino que si consumes te echo y el resto, y el tratamiento consiste en benzos que te dejan planchado, o base de metadona que en dosis altas también... Quiero decir, no pretendo cuestionar la profesionalidad de las personas que trabajan en esto y que lo han trabajado de una manera muy con mucha involucración. Sobre todo aquí, desde el ámbito hospitalario. Con una emoción enorme. Pero, a nivel general, ofrecer una única herramienta terapéutica sin tener en cuenta que cada situación es distinta según la persona y que hay personas que pueden no querer dejar de consumir y que eso, también, tiene que formar parte de la metodología terapéutica a utilizar, pues claro que introduce un sesgo de reconducir una conducta hacia uno normativo que es el no consumo.

Y que pueden emerger o encarnarse, como ejemplo casi paradigmático, en los perfiles de los consumidores más crónicos, veteranos o resistentes a los planes de mantenimiento

E11: si observamos que la sala de inyecciones es la que siguen utilizando los consumidores más “veteranos”, los de mayor antigüedad, nos está dando también una pista de cómo ha evolucionado el consumo, de esa figura del “yonki” clásico, que vemos aquí pero que ya está descrita en la literatura.

Se consumía heroína inyectada y luego con la introducción de los programas de mantenimiento con metadona se estabiliza la dependencia a los opiáceos con la metadona y se consume cocaína. Lo vemos aquí y se describe por todas partes. Aquí siempre preguntamos, cuando la persona viene a consumir, qué ha consumido durante el día antes de venir a la sala para saber, exactamente, en caso de tener una reacción adversa, qué más tienes circulando por el cuerpo más allá de lo que vas a consumir aquí. En un porcentaje muy alto de casos, nos dicen: “metadona: 30 de metadona. 50, 60, 90, 10...” depende de cada uno, ¿no? Pero mucha gente está con tratamiento de metadona y luego viene aquí a realizar sus consumos.

No obstante, debemos entender estas aportaciones, en sintonía con esa idea de mejora de la Atención y los tratamientos, como una invitación a promover un escenario para la reflexión y la estimulación de preguntas problematizadoras que levante la mirada para fijar límites de la práctica asentada que, quizás, puede no satisfacer la totalidad de las necesidades particulares/vitales de todos los usuarios:

E11: Entonces, ¿por qué no planteamos que igual la metadona no es la única herramienta terapéutica que hay que ofrecer cuando resulta que no a todos los pacientes comunes nos resulta bien el mismo tratamiento sino que hay distinta oferta terapéutica? ¿Por qué en el ámbito de las drogodependencias se considera que la metadona tiene que servirle a todo el mundo? Y sobre todo, si no a todo el mundo le sirve porque, de hecho, siguen consumiendo, ¿por qué le culpabilizamos de su recaída en lugar de pensar que igual ese tratamiento no está siendo el más adecuado para esa persona y le expulsamos del tratamiento? Ese tipo de preguntas que, yo creo, tienen que ver con el modelo ideológico de fondo que es previo, incluso, a la elaboración de políticas sobre drogas, tiene que ver con el concepto de drogas y drogodependencias que tenemos ahí de fondo.

Y, al mismo tiempo, para nuestra investigación, se pueden traducir como una suerte de fractura donde anclar, en base a lo que nos dice/detecta y bajo nuestra interpretación, el concepto de deuda -schuld-, o sentimiento de culpa, para fijar si existe la posibilidad de una conceptualización, más o menos subyacente, consciente o explicitada, sobre los consumos y su tratamiento en base a este concepto durante el despliegue, ya histórico, de determinadas políticas en el ámbito de la salud pública; entendido como un espacio donde se ejerce una cierta microfísica, disciplina, en un contexto marcado por la necesidad de dar respuesta a un problema de morbilidad a nivel estatal:

E11: Aquí en Euskadi, los centros de tratamiento te realizan pruebas de orina periódicas y si das positivo al consumo de sustancias se te expulsa del programa de tratamiento, mientras que desde la visión catalana el consumo es parte del tratamiento. La recaída, esa palabra tan..., que deja entender que algo has hecho mal si estás consumiendo mientras estás en tratamiento. La recaída es parte del tratamiento y el ejemplo que yo suelo poner, porque es bastante gráfico, es: si una persona diabética se come un merengue, a qué médico se le ocurre quitarle la insulina porque lo ha hecho mal comiéndose un merengue. Pues no se le ocurre a nadie.

E11: Efectivamente. Tú ahora has mencionado a Foucault y, claramente, toda la descripción que Foucault hace de la microfísica del poder pues, efectivamente, en este ámbito lo vemos clarísimo. Los mecanismos de control social, pues tal y como lo describe Foucault en “Vigilar y Castigar” pues

también aplican separación, primero, y generación de mecanismos legales y de intervención que también generan un discurso que también se alimenta a sí mismo.

E11: En fin, lo que yo creo es que en este colectivo ha habido mucho de este tipo, muchas políticas que por un lado han querido abordar una problemática pero por otro lado han querido controlar esa problemática. Cuando por ejemplo se crean las Unidades Infecciosas, de Osakidetza¹²⁷, pues, evidentemente, fue gente que, de entrada, unos médicos que de entrada... no se conocía lo que se conoce hoy...pues claro que ha habido una experimentación. Pero ¿cuánto de esa experimentación ha tenido que ver con ese significado social que asumían los cuerpos enfermos de los heroinómanos? Entonces, yo creo que hay una lectura desde la emergencia social que supuso en aquellos años que, por supuesto, hizo que gente con mucha iniciativa se pusiera al frente y adoptaran una serie de medidas de respuesta a esa problemática pero, por el otro lado, ¡jojo!: ¿qué hemos transmitido? –yo no había nacido pero bueno-; ¿qué se ha transmitido con esas medidas? ¿Qué tipo de discurso social se ha creado y se ha alimentado? Y ¿en qué medida ese discurso social ha sido utilizado, a su vez, como herramienta de control?

Afirmaciones que surgen como reflexiones constructivas acerca del propio enfoque en materia de drogodependencias a raíz de las limitaciones detectadas que deben trabajarse progresivamente para seguir generando respuestas válidas para esa población destinataria:

E11: Sigue habiendo una visión muy sectorial de las drogodependencias como si fuera una cuestión... además, ahora, hace dos años se pasó drogodependencias desde asuntos sociales a sanidad, con lo cual es un enfoque muy sectorial. Que también es verdad que se entiende desde un punto de vista sociosanitario. Sí, pero con unas limitaciones importantes. Sigue estando situado en Sanidad y sigue habiendo un enfoque muy orientado a... encasillar el abordaje de las drogodependencias dentro de un sector concreto. Bien. Y también esto lo replicamos las entidades. Porque estamos los que trabajamos en drogas, los que trabajamos con personas sin techo, los que trabajamos en inmigración, con prostitución... o sea, por sectores; cuando, realmente hay personas que reúnen todas estas situaciones y, de repente, tienen que estar abriéndose una historia en cada recurso y estar contando lo mismo en cuatro recursos distintos porque a la vez son consumidores, se prostituyen, están sin techo y son inmigrantes. Y tienen que estar haciendo un recorrido múltiple para poder cubrir una necesidad en cada sitio. [silencio] Por lo menos existen esos sitios. Ni tan mal.

Dejando, a título personal, algunas aportaciones, o recetas, dirigidas en esa dirección:

E11: Pues primero eliminar toda moralización del consumo en el ámbito legislativo. En el momento en el que sigue habiendo sustancias que están ilegalizadas y otras que... lo que quiero decir: el enfoque prohibicionista es un enfoque que ya de por sí muestra un sesgo, a nivel legal, evidentemente, pero también a nivel cultural. Entonces, mi posición personal, pero hablo a nivel personal, no ya a nivel de MdelM, mi enfoque es el de la regulación de las sustancias. No estoy diciendo “repartir por ahí cualquier sustancia”, porque tampoco sería lo ideal, pero sí desvincularlas de la clandestinidad. Eso ya transmitiría un mensaje que permitiría reducir el estigma asociado a esas sustancias y no a otras. Y también evitaría que la compra-venta de esas sustancias se mueva en un contexto de ilegalidad, de marginalidad que, a su vez, alimenta el estigma hacia ese mundo. (...) Regular la compra-venta de sustancias, que haya un canal controlado para acceder a ellas y que se acompañe eso de toda la información disponible para que las personas sepan qué es eso, qué es lo que van a comprar, qué van a consumir; porque si quieren consumir, lo van a hacer igual pero en un contexto ilegal. Y exponiéndose a una serie de riesgos porque no saben realmente lo que tiene la bolsita que le está

127 www.osakidetza.euskadi.net. Consultada el 20 de agosto de 2015.

vendiendo el camello por la calle, qué es y qué es lo que tiene dentro en realidad. Mientras que si hubiera un canal reglamentado de venta, pues eso ya sería distinto y se evitaría toda esa carga simbólica sobre determinadas sustancias que luego no tienen otras como por ejemplo es el caso del tabaco.

B. PEPSA: una experiencia más allá del ensayo.

B.1. Orígenes del ensayo:

Como afirman las personas entrevistadas, el proyecto pretendía ser una replicación de un proyecto/experiencia que ya se estaba desarrollando en otros países, como es el proyecto PEPS en Ginebra. La primera piedra se puso en el año 1992 y fue ya en 2003 cuando se dio el visto bueno y arrancó el ensayo:

E13: La Junta de Andalucía había oído hablar del proyecto PEPS de Ginebra, estuvo allí el consejero Isaías Pérez Saldaña y las personas que trabajaban con él en el equipo y querían, pensaban, que era una opción posible. Hubo una petición de una asociación de pacientes, la Asociación Enlace, y me pidieron por la posibilidad que desde la Escuela ayudaran en ese proceso. En ese momento era director investigador de la casa. Me pareció una opción muy interesante. Nos pusimos a ello.

E15: Esto empezó en 1992. Y fue, un poco, un proyecto que inició la Escuela de Salud Pública junto a otras personas como médicos y demás, de Almería, de Jaén y de las comunidades terapéuticas. Costó bastante trabajo...

E15: Teníamos una gran baza que era Miguel Marsé también. Él era del proyecto suizo y también ayudó bastante a redactar el protocolo. Todo esto con la Escuela de Salud Pública. Y en el 2003 dieron el visto bueno. Yo, esa fase, no la conozco porque yo no estuve en esa fase. Yo llegué aquí como enfermero. No estuve dentro del equipo investigador. Y sí sé que se vivió con cierto... desde 1992 hasta 2003 pasaron once años para que les dieran la aprobación.

Un ensayo que fue el resultado de las negociaciones:

E13: El proceso fue muy largo y muy duro, eh. Fueron alrededor de seis años de presiones y contrapresiones. Hubo un elemento que yo creo que dificultó que el ensayo hubiera sido más rápido y fue el contexto político. Al final se convirtió en un debate Junta de Andalucía- Gobierno Central y eso, ¡claro!, en el fondo, cada uno generaba posturas estigmatizadas del uno sobre el otro. (...) Estoy diciendo posturas en las dos partes, eh. No estoy diciendo posturas en una parte. No. Posturas en las dos partes.

Ya desde el principio, la totalidad de las personas entrevistadas nos hablan de la dificultad para poner en marcha esta experiencia en el contexto autonómico-nacional. De hecho, el investigador principal nos explicita la importancia de encontrar espacios o intersticios para poner este proyecto en movimiento. En este caso, destacamos el salvoconducto que hemos titulado como “déjame investigar” y que se resume en lo siguiente: no es sobre la

legalización o no, sino que se trata sobre la implementación de una experiencia existente en otro contexto.

E13: Aunque yo creo que la Junta de Andalucía basaba su estrategia en una cosa que yo defiendo y que he defendido en todo momento y que es que me dejen investigar. Es decir, no hay ningún criterio por el cual no se pueda investigar. Para mí, mi defensa fue “por qué no me dejan investigar”. Porque son personas excluidas, son personas a las que nadie hace caso, personas a las que yo pensaba que había que intentar investigar con ellas, sobre ellas, para ellas, con esa idea de que eso es posible. Esa fue mi defensa. Yo creo que meternos en temas de legalización sí o no... ha sido un tema que siempre he querido obviar aunque era un tema que salía constantemente era algo a lo que yo no quería entrar; yo lo que quiero es investigar. Legalmente es posible hacerlo con un ensayo clínico tal como dijo un informe que hizo el Gabinete Jurídico del Instituto de Criminología de Málaga, de la Universidad de Málaga. Si esto se hace en Suiza por qué aquí no. Si hay una necesidad sentida, por qué no. Para mí esa era la defensa. Sin entrar en debates políticos. Yo no quería entrar en debates. Yo decía: “no me cuestiones la profesionalidad. No es eso. Déjame investigar”.

Más allá de la vía de la investigación, uno de los pilares de la negociación, o un ejemplo paradigmático del peso de la negociación, fue la administración de la diacetilmorfina como medicamento. Para ello, fue necesario situar las formas en las cuales se debe administrar dicha sustancia, y que vienen prescritas por las diferentes agencias del medicamento, y que fue canalizando las posibilidades del propio ensayo; en especial sobre lo que se refiere a los perfiles de las personas/usuarios participantes:

E15: Costó trabajo en que se aprobara, ¿no? Porque un proyecto de estas características no todo el mundo comulga con él. Es peliagudo, es... en fin, diacetilmorfina por vía intravenosa...

El propio captador nos cuenta un poco más del ensayo, en esta fase de negociación y calibración, comentándonos las exigencias que debían cumplirse:

E14: La Agencia Española del Medicamento cuando tú presentas un protocolo de ensayo clínico, y más con medicamentos, pues existen unas condiciones que ellos te van marcando. Entonces, esas condiciones, en función del tipo de medicamento que se va a dar, y más en este caso que era heroína, pues eran súper estrictas. Entonces, para poder darle el Ok a los pacientes, pues casi que tenían que convertirse en San Paciente, ¿no? O sea, en personas súper responsables... O sea, salir de la calle y entrar en un mundo de control; que ni siquiera se hacen para otros tipos de ensayos clínicos, de cáncer o de tal...

Un nivel de exigencia que ha llegado a ser contraproducente a la hora de hacer extensible este ensayo e itinerario terapéutico a otras personas potencialmente beneficiarias del mismo:

E14: Y en la Agencia Española, y en Europa, porque el tema de los ensayos clínicos viene dictaminado por la Unión Europea, te pone una normativa muy, muy exigente. Tanto que, ya te digo, mucha gente podría entrar pero no puede porque, por ejemplo, no han entrado en prisión nada más que una vez y tenían que haberlo hecho tres veces.

E15: Uno de los requisitos para entrar en este Servicio es que tengan problemas sociales y psicológicos. Y psiquiátricos. Eso lo exige la Agencia Española del Medicamento. Tiene que tener trastornos sociales, trastornos psiquiátricos o psicológicos.

Y nos arroja que uno de los elementos que más han podido pesar es el temor de los organismos públicos ante los potenciales riesgos asociados a plantear el uso de heroína medicamento-opción terapéutica. Temores, y prejuicios, que se han ido disolviendo según se realizaban sucesivas evaluaciones de la práctica:

E14: Pero en este caso, la Agencia Española del Medicamento tenía miedo a que esto fuera una forma de que la gente tomara heroína gratuitamente y tal... En fin, muchos prejuicios. Que han sido todos aclarados en las evaluaciones que hemos ido haciendo a lo largo de los años en los que se ha visto que nada de lo que ellos creían... y, sobre todo, porque en otros países que se han hecho los ensayos con heroína se ha visto que la gente... que ¡vamos!, que no es cómodo entrar en un ensayo de heroína. Que es un poco... si vas a contar con el medicamento... que tú estás, vamos a decir, deshaciendo tu vida para tener todos los días 200 euros, pero, a cambio, vas a tener que cumplir con tanta normativa....

Dejando una reflexión clara: lo técnico y lo político por un lado, y técnicos y políticos colaborando entre sí:

E13: Un elemento esencial creo que es dejar a la parte técnica trabaje y que lo político lleve otro nivel. Creo que es importante.

E13: Por tanto, diría: técnico por una parte, político por otra. No mezclarlo. Trabajo conjunto con la Agencia Española, un elemento necesario. Que lo legal lo ampare, que no sea un problema.

Y que más allá de esas restricciones, lo importante es que se tiró adelante evidenciándose el fermento para la consolidación del consenso:

E13: El proceso fue... tengo que decir que los técnicos de la Agencia Española del Medicamento fueron generosos. Yo creo que, al menos, se pudo debatir y discutir con ellos. Eso me parece un elemento esencial. El hecho de que se pudiera debatir el protocolo es un elemento positivo. Pero también es verdad que el marco de la negociación estaba marcado por el contexto político que lo enmarcaba. Seguramente malo para ellos y malo para nosotros. Al final se consiguió un proyecto encima de la mesa y un proyecto que no es, o no me pareció que fuera el mejor. Creo que no fue una buena elección la variable principal de resultados que se eligió al final. Se eligió por presiones de la Agencia.

E13: La clave es, o sea, quiero decir...creo que se llegó a un consenso. El Plan Nacional también aceptó la posibilidad de crear un grupo de expertos que decidieran si estas propuestas eran posibles o no. Al final se llevó adelante ese grupo y se aceptó tirar para adelante el proceso.

Un consenso con su eco en el papel que tuvieron los Medios de Comunicación en el ensayo en específico; y el que tienen en el tema en términos generales a la hora de generar opiniones, posiciones y actitudes:

E13: Creo que hay un elemento esencial de alianza que yo entiendo como fundamental y creo que lo marcó mucho el Consejero de ese momento y fue la alianza con los Medios de Comunicación. Él hizo, si miramos el número de noticias que salieron antes de empezar el ensayo, fueron como alrededor de mil noticias. Cuando aún no era nada. Eso yo siempre he dicho que fue un elemento protector para el proyecto PEPSA. Básicamente, por qué, nosotros no fuimos ni prepotentes ni que teníamos la razón. Simplemente queríamos investigar... Yo tenía mucho miedo con "si se muere alguien, nos van a machacar". O si no sale lo positivo, o si sale lo negativo... nos van a machacar. Pero, de alguna forma, yo siempre pensé que si había una actitud proactiva con los Medios de Comunicación... eso fue, en general, un elemento muy destacable.

B.2. Descripción del ensayo y aprendizajes de la experiencia:

En base a lo dicho, podemos marcar una cronología del ensayo en cuatro fases a lo largo de los diez años de su puesta en marcha. Cada una de ellas con sus propias características:

E14: La primera fase fue un estudio previo de Granada para ubicar en las distintas zonas a todos los drogodependientes que se inyectaban. Un estudio de localización. Eso fue la primera fase: saber dónde íbamos a encontrar a la gente. Una segunda fase, que fue contactar con ellos y empezar a ponerles pruebas para confirmar todos los datos que nos habían dado de forma, vamos a decir, sin ningún rigor. Y esa sería la segunda fase. La tercera, ya sería el comienzo del ensayo y una vez comenzado el ensayo, pues, dentro de lo que es el diseño, pues lleva, cada tres meses, valoraciones, cada seis meses... y de esa manera, pues hasta la finalización del ensayo.... A la que pasamos ya al Uso Compasivo. Que es la situación actual [cuarta fase]. O sea, sería: estudio de la zona, captación, inicio del ensayo y Uso Compasivo. Serían como cuatro etapas las que se han seguido a lo largo de este tiempo.

A modo de presentación sintética queremos adelantarnos y ofrecer ciertos aprendizajes obtenidos a lo largo de la práctica y contacto con una población usuaria de este servicio. Estos destacan que es una opción terapéutica más. La más indicada, incluso la única, para un perfil determinado,

E14: Ya se han cumplido los diez primeros años de la gente y, bueno, se han hecho ya las evaluaciones y demás y se ha visto que la heroína prescrita de forma controlada, en un hospital, pues tiene ventajas, muchísimas ventajas. Sobre todo para estos pacientes que ya, por decirlo de alguna forma, no tienen, no tienen, no tienen solución. ¿Me entiendes? O que están enfermos... Porque las condiciones para entrar en el ensayo pues que hubieran entrado en prisión en alguna ocasión, tener hepatitis, tener VIH... O sea que eran pacientes muy extremos. Físicamente y psicológicamente, ¿no?

E15: Hemos aprendido, principalmente, que es una opción terapéutica más. Pero dentro de una opción terapéutica más que no se ha considerado como tal. Considero que para un perfil determinado de pacientes este tratamiento es el ideal. O sea, no hay otro tratamiento. El dependiente a opiáceos que prácticamente no hay porque son policonsumidores, pero el paciente que se inyecta opiáceos por vía intravenosa, este es uno de los tratamientos, ahora mismo, más ideales para ellos.

y la importancia de dar ese medicamento para mejorar la calidad de vida de las personas acostumbradas a vivir y moverse en los márgenes de la legalidad y la normalidad:

E15: Y también hemos aprendido que gracias a este tratamiento, estas personas han mejorado su calidad de vida debido a que antes se tenían que buscar la vida, tenían que robar, delinquir, y, hoy por hoy, los usuarios que tenemos, ahora mismo, no delinque ninguno puesto que tienen una seguridad que se levantan por la mañana y tienen su dosis que les provoca el bienestar y no tienen que buscarla por ningún sitio. Y te sorprendes por cómo crecen como personas. Y es muy gratificante, la verdad. Eso es lo que yo he aprendido en todo este tiempo: que son usuarios, que sean adaptado muy bien a este tipo de tratamiento y que es muy beneficioso para su vida. Para su calidad de vida.

B.2.1. Hipótesis y objetivos:

Pero para comprender estas aportaciones que acabamos de citar es necesario que desarrollemos un poco más lo que ha sido el ensayo. Para ellos creemos interesante visibilizar los propios supuestos y las metas que se marcaron todos los y las profesionales que han formado el grupo de trabajo a lo largo de estos años:

E14: La hipótesis que nosotros planteamos es una hipótesis larga. O sea, vamos a decir que... La básica es que la heroína prescrita de forma regulada y dentro de un ambiente, vamos a decir, controlado, médico, con apoyo psicosocial, con apoyo psiquiátrico... o sea, con un abordaje integral, da mejores resultados que la metadona. O sea, coges la metadona...se ha visto que para determinados pacientes da lugar a un fracaso, no responde a las expectativas; mientras que la heroína sí que hemos visto que esas mismas personas si en vez de tomar metadona, o si han fracasado en metadona, pasan a consumir heroína...

Esta hipótesis tiene un eco con el objetivo del ensayo cuando comenzó:

E14: El objetivo de los ensayos con heroína no es que la gente abandone el consumo, simplemente es mejorar su calidad de vida. O sea, cuando tú propones...o cuando una persona viene al ensayo, no viene pensando que va a entrar en un centro de desintoxicación. Aquí no va a desintoxicarse. Aquí lo que va a hacer es tomar la medicación, en este caso la heroína, de forma controlada y, paralelamente, se va a hacerle un seguimiento de todas sus enfermedades infecciosas. O sea, se va a abordar de forma global su estado psíquico, físico, laboral... en fin, se va a intentar que dentro de.... O sea, que no sea solo la heroína el único factor que entra en la ecuación, sino que, además, su calidad de vida general mejore.

Y aunque nos habla de otras acciones complementarias que se realizan,

E14: O sea, que, aquí, en lo que consiste la historia es que la gente mejore su vida, pues si alguien baja de dosis, pues bueno, vamos a decir que es un factor complementario. Pero no el objetivo. Por ejemplo, esto que estamos haciendo ahora del ejercicio físico para producir endorfinas naturales y que la gente pueda bajar 5mg o 6mg o lo que pueda bajar, ¿entiendes?... pues es algo complementario, pero no es el objetivo del ensayo.

el objetivo más puramente clínico, es comprobar si la heroína es un buen medicamento para contrarrestar los efectos que provoca la heroína-droga:

E14: O sea, el objetivo del ensayo es ver si la heroína es un buen medicamento para dejar de....vamos a decirlo así... para que todos los efectos secundarios que produce la heroína en el organismo dejen de producirse. Por ejemplo: sobredosis, la toma de heroína en mal estado, su calidad de vida, el poder tener acceso a...

Destacando que ese par hipótesis-objetivo, la administración de heroína prescrita y de forma regulada, es una manivela que hace girar el abordaje integral orientado a la mejora de la calidad de vida del paciente:

E14: Hemos hecho proyectos que bajando y subiendo la dosis, las personas se mantienen estables e, incluso, bajan. O sea que si tú empiezas tomando 100 mg de heroína dos veces al día, casi un cuarto de gramo al día, teóricamente según todos los estudios al cabo de cinco años tomaría el doble. Pero hay algunas estrategias, como esta que te digo de bajar-subir, bajar-subir en pequeñas cantidades, que hacen que, al final, pues que en el caso nuestro, casi el 30% de la heroína que tomaba la gente al principio no la toma ahora. Alguien que tomaba 300 mg al principio y ahora está tomando 200 mg. O sea, que deja de tomar pero vamos que no es el objetivo. El objetivo es mejorar su calidad de vida: procurar que haya menos fallecimientos, mejorar su situación social y familiar... Y todas las evaluaciones que hemos hecho han confirmado la hipótesis que planteábamos en el diseño que se hizo del ensayo.

B.2.2. La captación: poniendo en marcha el proceso de re-conocimiento de la población/muestra.

La definición de la captación como una etapa propia se debe a la dificultad para encontrar ese perfil ya definido y encontrar el número de personas necesarias para saturar esa muestra fijada en las condiciones del ensayo:

E14: Mi trabajo ha sido la captación de los pacientes que iban a participar en el ensayo. (...) Captar, hacer de intermediario, hacer seguimiento pero más cercano, más psicosocial que médico. Porque para eso ya había otros equipos. Y perseguirlos. Porque hay gente que no, que era muy difícil que se adhirieran a un ensayo.

El motivo sobre todo se debe a la dificultad de, primero, encontrar personas que cumplan los requisitos y, segundo, que estén dispuestos a cumplir las exigencias que conlleva participar de este ensayo más allá de la posible imagen que pueda inducir el hecho de “dar heroína”:

E14: Están ajenos a todos los dispositivos [hospitalarios]. Entonces, el problema era doble: por un lado, localizarlos y saber quiénes son porque tampoco es fácil; y, por otro lado, abordarlos. O sea, empezar a contactar con ellos.

E14: Porque cuando parece que dices: “damos heroína”. Parece que va a haber miles de personas, pero a la hora de la verdad no hay tanta gente. Porque la rigurosidad de las condiciones que se exigen. O sea, una persona que está en el ensayo tiene que cumplir con unas normas, tiene que... tan

exigentes que más que pedirle que... más que darle la heroína parece que se le está pidiendo un cambio en su vida. Se le va a dar la heroína pero tienen que cambiar casi obligatoriamente. Porque se le exige una serie de horarios, de normas... O sea, es como, casi, casi... antes de que comiencen a consumir heroína ya tienen que cambiar muchas cosas de su vida. Y eso no todo el mundo lo puede hacer con facilidad. Entonces es uno de los motivos por los que mucha gente que podría estar en el ensayo de heroína no está. Porque se exigen unas exigencias muy altas. Y eso provoca mucho abandono.

Unas exigencias que han limitado tanto su actividad que una de las variables con la que han tenido que pelear constantemente es la representatividad del propio estudio. Esos límites se produjeron en la tarea de encontrar a las población diana -mapeo- de la que salieron al paso a través de una bola de nieve, el grupo de iguales y contacto con “líderes¹²⁸” y de ahí que nos reflejen como una etapa propia la labor de captación,

E14: ...informadores clave, personas conocedoras de ese mundo, en ese tipo de proyectos como por ejemplo también en inmigrantes ilegales... o sea hay unas poblaciones con las que el abordaje directo es imposible. Entonces hay que buscar personas representativas, líderes de sus mundos concretos, o sea gente que tenga una influencia como para decir o para llegar hablar con cuatro [personas] y que esos cuatro le escuchen porque el tío tiene una ascendencia... (...) ? Entonces ellos fueron los que nos abrieron el camino para conformar los grupos. Luego, ya una vez hechos los mapas de población de la ciudad, pues abordar a cada uno de ellos. Que ahí vino otra fase complicada porque no a todo el mundo le apetece contar su historia.

E14: Una progresión de bola de nieve. Empezamos con los tres, cada uno de ellos nos va a llevar a otros tres, o cuatro; a partir de estos cuatro podemos llegar a otros cuatro por cada uno y, así, de esta manera, podemos llegar a lo que se considera una N o una muestra representativa o que, en principio, consideramos que puede avalar la hipótesis. (...) Entonces, nosotros, nos quedamos en 62 pacientes de los 1200 que había en Granada. Entonces la cuestión es cómo estimar que esos 62 pacientes representan a estos 1200.

Detrás de ello lo que se intentaba era encontrar una N lo más representativa posible de aquello que habían marcado en sus inicios y que validase los resultados obtenidos y su consiguiente difusión. Sin embargo, no podemos dejar de pensar en el perfil del usuario de servicios como un reflejo de la complejidad de la intervención en drogodependencias –en términos de políticas públicas y de salud- y entender la carrera del drogodependiente como el fruto de una serie de procesos de decantación que acaban por producir, desde un punto de vista del análisis sociológico, una suerte de homúnculo o cadáver exquisito que puede ser observado en base a los diversos pliegues y operaciones que se aplican sobre el sujeto a lo largo de su paso por las diferentes instituciones:

128 Nosotros preferimos utilizar la palabra “sabio” desde el punto de vista de la carrera desviada y así entender esta interacción como una relación entre sujetos pertenecientes a un grupo con unos determinados rasgos que les determinan, en menor o mayor medida, y sujetos en relación con diferentes status.

E14: Y esa es la estrategia que utilizamos para llegar a tener una N que fuera suficientemente representativa de lo que queríamos conseguir. Más o menos. Con eso hemos tenido problemas, precisamente, porque para ellos esta N de 62 personas, estadísticamente, según ellos, pues no es, según... hablo de algunas de la Agencias que dan validez a algunos ensayos clínicos, ¿no? En el mundo o a nivel de publicaciones. Cuando alguien publica algo pues alguien dice “pues sí. Aquí hay que dejar claro que el número N que hay no es representativo”. Eso hace que la publicación va a ser más difícil. Porque la publicación no va a tener tanta validez.

B.3. De la experiencia y la práctica del recurso desde un punto de vista del grupo técnico.

Cuando preguntamos por los elementos diferenciadores al respecto de otros programas ambulatorios o centros de atención integrales, nos señalan que principalmente son que los usuarios acuden todos los días al centro y se le hace un seguimiento médico minucioso; por lo que desde un punto de vista sociosanitario, los rasgos más importantes se encuentran vinculados a las expresiones de su práctica médica:

E15: Pues principalmente en que el usuario viene todos los días. Mañana y tarde. [un servicio] En el cual el profesional sanitario tanto el médico como el enfermero, puesto que no hay otro por el tema económico, hacen un abordaje global del usuario. Todos los días. Se le toma la tensión, se le toma la temperatura, realizamos campañas de vacunación, campañas de educación para la salud... Todo ello engloba a un usuario en cuanto a si está malo, si está en un tratamiento psiquiátrico concomitante con benzodiacepinas, si toman también tratamiento anti retrovirales... Todo eso se hace y se gestiona desde aquí. Con lo cual: ahorras costes, mejoría en cuanto a sus patologías mentales, puesto que se toman la medicación presencial desde aquí. Y entonces, claro, es una atención global en la cual, el usuario, está totalmente controlado. Y tiene un centro de referencia. (...) ¿Diferencias con otros? Que probablemente no tengan ese control de la medicación.

O nos hablan de una valoración psicosocial de carácter intensivo y extensivo en base al tipo y cantidad de preguntas realizadas y los diversos profesionales que las realiza(ba)n que está en consonancia con la particularidad del tratamiento/ensayo y su aplicación:

E15: O sea, preguntabas patrones nutricionales, el psiquiatra hacía consulta, la trabajadora social hacía consulta, el psicólogo hacía consulta, se hacían talleres... Todo eso, el usuario que venía a recoger su metadona no era “dos minutos y se iba”, sino que estaba un tiempo: se le tomaba la tensión, la temperatura, se le ponían sus vacunas...un programa de reducción del daño, ¿no? Y, claro, la mejora que se dio en el grupo de metadona fue también muy evidente. Porque, claro, el gran grupo de profesionales que estaba dando esa sustancia como nunca se la habían dado y que se estaban preocupando por ellos, pues mira. Y luego, el tema de la diacetilmorfina pues se extrapoló lo mismo. Las mismas valoraciones pero con otras sustancias y se vio que mejoraron también muchísimo también en el grupo experimental.

B.3.1. El grupo de y los profesionales:

Al igual que en otras intervenciones dentro del ámbito sociosanitario, pero en este caso desde el contexto de un ensayo clínico, se destaca como pilar fundamental la calidad del grupo de trabajo y los efectos positivos de la valoración y el seguimiento profesional asociado, adscrito, a la administración de un medicamento tanto a un grupo de control como a uno experimental. Y, al mismo tiempo, se nos ofrece una visión que pone en contraste la cantidad de recursos disponibles con la calidad de la intervención. Una intervención que parte de la capacidad aumentada, fruto del trabajo y la experiencia acumulada, de las y los profesionales que se encuentran en este servicio y que define la excepcionalidad tanto del ensayo, como del perfil de usuario como de profesional:

E15: Había un gran grupo de profesionales que hizo que esto funcionara. Tanto el grupo de metadona como el grupo de diacetilmorfina. Porque no se daba la metadona como se daba habitualmente se da, sino que se valoraba al usuario, se le preguntaba el estado en el que estaba... una valoración psicosocial.

E15: En sus inicios sí hubo gran parte de psicosocial. Y gran parte del trabajo que se hacía era, más bien, psiquiátrico y psicológico. Y sanitario. Y luego social.

E15: Claro, pero el profesional que está en este Centro no lo hay en otro sitio. No hay otro PEPSA. No hay otro Servicio de Administración de Heroína. Con lo cual, el profesional de Enfermería que hay aquí, no lo vas a encontraren ningún sitio. Es único. Es un profesional que administra heroína y, aparte de administrar heroína, hace un trabajo tanto social como psicológico, como Asistencial. Como ya te he dicho: hace Educación para la Salud, hace intervenciones sociales, hace acompañamientos, hace intervenciones de asesoramiento... todo eso lo hace el profesional de Enfermería.

E16: Me preguntas por mis funciones...pues funciones de enfermera. Enfermera es el cuidado a la persona, pero más allá de ese cuidado que damos...no somos pinchaculos, lo quiero dejar muy claro, no somos pinchavenas, eso es otra función, una entre muchas otras. Hacemos muchísimas cosas más, la interacción con el paciente aquí en el PEPSA es imprescindible, es fundamental.

Este perfil, ser algo más que simples pinchaculos viene dado, en parte o en gran medida, por el tipo de experiencia en la que desarrolla su actividad: una actividad hospitalaria atípica pero que parte de un background común a una disciplina y que al tratar con una población especial, dada su especificidad, hace que su práctica ya desde su concepción sea divergente:

E16: Evidentemente comenzamos con un pensamiento diferente a lo que sería una urgencia hospitalaria, una planta de hospitalización, un centro sanitario, un centro de salud comunitaria convencional. Esto es algo totalmente...como un mundo aparte, vaya. Evidentemente tenemos que partir de la raíz de que estas personas son consumidoras, que tienen sus adicciones, y que no las van a abandonar en un corto período de tiempo, si es que las abandonan. Tenemos que comprender que esa adicción sigue, evidentemente aquí en este centro la vía intravenosa sigue, no tiene que ser ningún tipo de problemática ni de estigmatización hacia el usuario; ni que los consumos externos que pudieran seguir existiendo puedan ocasionar que nosotros tengamos un comportamiento hacia ellos

pues de regañarles o de producirles miedo. Se excluye ese carácter punitivo, por lo menos se intenta excluir, no quiere decir que siempre pase.

E16: Realmente el usuario está ahí. Entonces, el usuario no va a querer dejar de consumir en estos momentos. Nosotros no le vamos a prohibir que consuma, eso es una estrategia que no es válida, no resulta efectiva para esta población. Nosotros vamos a ejecutar educación sanitaria. El tema de la educación sanitaria aquí es una herramienta imprescindible, igual que la comunicación, que entra dentro de la educación sanitaria, las habilidades sociales también, el tema de comunicación terapéutica...A ver, me preguntas ¿siempre vale lo que diga el paciente y lo que haga el paciente? ¿Vale lo que establezca el programa? Pues tiene que haber un poco también una cosa intermedia. Evidentemente una persona si acude aquí al centro con signos de intoxicación por haber consumido en exceso en la calle, desgraciadamente pues no puede ponerse el tratamiento con diacetilmorfina, porque corre el riesgo dentro del tratamiento de poder ocasionársele una intoxicación que no es deseable. Y por nosotros mismos como profesionales a nivel ético, no nos lo podemos permitir, ni para el propio usuario o usuaria. ¿Qué hacemos ahí? Diálogo. El diálogo y la educación sanitaria, ya te digo, no un carácter punitivo porque no sirve para nada, el regañar o tal. Tenemos que dialogar mucho.

E16: el tema diálogo es fundamental para poder conseguir logros y llegar a objetivos mínimos con esta población. La diacetilmorfina es otra cosa más, evidentemente está ahí. Pero claro, si no hay un abordaje global a todos los niveles, y ya digo el diálogo es fundamental con estas personas usuarias, por mucho que le des diacetilmorfina es que no vas a solucionar nada.

Aportaciones que nos ponen en contacto con la complejidad inherente en el despliegue de una acción terapéutica en materia de drogodependencias y que muestra la potencialidad de aprendizaje en el que se encuentra y que tiene que asimilar cualquier profesional involucrado en este campo con personas receptoras de esas actuaciones:

E13: Eso, de alguna forma, me ha ayudado a entender, porque yo no soy un experto en drogas. Yo soy una persona de salud pública. Pero sí que eso me ha permitido entender mejor qué son las drogas, acercarme a ellas, de qué manera conocer a heroinómanos. E intentar investigar en el mundo de las drogas. No sólo este proyecto, sino proyectos con metadona, personas con metadona, con buprenorfina, personas que han tomado benzodiacepinas, personas del mundo de la exclusión social. De alguna forma, eso es lo que me ha ayudado a acercarme a este mundo.

E16: A mí me ha hecho madurar, y ver, modificar mucha o perfilar o depurar muchas de mis actuaciones con los usuarios. Crecer con ellos y ellos también crecer con nosotros.

B.3.2. Entre droga proscrita y droga prescrita: heroína, diacetilmorfina y el Uso Compasivo.

En este punto y en este caso, para comprender la magnitud del alcance de los consumos y su relación con los tratamientos, hemos de entender la droga y su opuesto/antagónico como medicamento, como algo dinámico que se encuentra en el centro del despliegue de su actividad particular:

E15: Yo no puedo decirte de lo que hacen otros servicios, porque no lo conozco al cien por cien. Yo te hablo desde aquí. Nosotros, eso, no lo tenemos protocolizado. No tenemos tranquimacín, transilium, no... o tampoco "el tratamiento es de esta manera o tal". No. Nosotros siempre hemos intentado tratar a cada usuario de una forma única y distinta, ¿no? Y dependiendo también de la tolerancia que tienen a determinadas sustancias. En el Servicio en el que ahora mismo estamos yo no creo que haya una protocolización de las prescripción de benzos, de... ¡Hombre! Sí que hay un protocolo: de prescripción de diacetilmorfina. Tenemos unos topes de dosis. Y hay protocolos de actuación. Pero todos los protocolos son protocolos. Luego eso se, luego se... [adaptan].

E15: Hay una tabla de equivalencias. Metadona y diacetilmorfina. El usuario llega al centro con una dosis de metadona. O sin dosis. Porque hay usuarios que han entrado sin estar en programas de metadona. [...] Hay una tabla de equivalencias. La dosis máxima al día son 600 mg de diacetilmorfina. Eso se está establecido en el protocolo inicial. Y eso no ha sido variado. Y, entonces, el usuario viene de metadona y tiene X. Si el usuario ve que con esa dosis se encuentra estable, no hay ningún problema. Si el médico ve que con esas dosis está bien y no va a sufrir una intoxicación en sala, o que esté muy sedado, pues está bien. Y luego, pues, a demanda. El usuario va demandando subir dosis. O si tú ves y observas, desde Enfermería o Medicina, que ahí hay un síndrome de abstinencia objetivable, moderado o grave, pues se le comunica al médico y el médico le dice "mira, sube la dosis tanto. O sube la metadona de la noche". Porque, nosotros, damos tres dosis: dos de diacetilmorfina y una de metadona. La última tendría que ser también de diacetilmorfina pero por motivos económicos no se da.

Una constante, la diferenciación de la heroína en función del par medicamento-droga, que hemos de leerla en clave de mecanismo de compensación de esa imagen negativa. Y, así mismo, también podemos observar el posicionamiento que se hace de ese medicamento dentro de una intervención biopsicosocial considerando lo integral como un elemento fundamental para cubrir otros aspectos de la práctica.

E13: Nosotros, yo como no era, ni había hecho un ensayo clínico nunca y por tanto mi visión del medicamento-heroína en este caso... y aunque yo he hablado mucho del medicamento-heroína para compensar eso de droga-heroína, pero, realmente, la intervención era muy biopsicosocial. Muy biopsicosocial. Teníamos un medicamento que se daba en un hospital, me parecía muy importante para evitar conflictos sociales pero que abordábamos desde el trabajo de los trabajadores sociales, captación, abogado, psiquiatras... Es decir que nosotros creímos desde el inicio que el abordaje era integral.

Y cuando preguntábamos sobre lo que es la droga, cuál es la relación que tiene con el par fármaco-veneno y cómo se han manejado en esa polisemia, nos señalan el cambio de chip que sufrieron los profesionales al ver el tratamiento que se da a la diacetilmorfina:

E16: A nivel profesional te puedo indicar. Evidentemente no es lo mismo una heroína de consumo ilegal en la calle, por todas las connotaciones que tiene: los cortes, el tema de la venta ilegal, todo lo que conlleva, el tema de delincuencia, prostitución, etc. A una diacetilmorfina, ya cambia el nombre, que es el nombre genérico de la heroína, que está elaborada a nivel de laboratorio farmacológico, farmacéutico perdón, con todos los controles de calidad pertinentes, en un ambiente estéril... En fin: que está pautada, que está controlada, que está dosificada, que se pone -en contraste con la de la calle- aquí en este centro pues con unas condiciones higiénicas y supervisión profesional continua. El

de la calle evidentemente no: se lo ponen en cualquier sitio, solos o acompañados pero con peligro de intoxicación...

E15: Nosotros, como ya te digo, el chip se cambió. Puesto que también los profesionales, esto es nuevo y te genera una serie de dudas. Entonces, tú, en el primer momento que entras y ves que la sustancia es preparada por un farmacéutico, todo es... A ver si me explico: la sustancia es preparada por un farmacéutico, la administran los sanitarios... Ese proceso, se produce en ti un cambio de mentalidad en el cual dices: “esto es un fármaco. Administrado por médicos y por enfermeros. Bajo supervisión médica”. No es lo mismo una sustancia que, en definitiva, todos los medicamentos y fármacos son drogas, pero tiene una supervisión médica. No es lo mismo que la sustancia que se vende en la calle de forma ilegal y el consumo no lo está controlando un médico. Con lo cual, la diferencia es abismal. El control, bajo supervisión médica, y lo otro. El cambio de mentalidad es importante. Igual que se administra morfina en el hospital. O la metadona.

B.3.2.1. Los consumos fuera de tratamiento:

Una constante que hemos ido preguntando a los diferentes entrevistados a lo largo de esta investigación es cómo se plantean sus acciones con una población muy específica y con unos (poli)consumos problemáticos. Un ejemplo destacable o significativo, a modo de respuesta, de ese funcionamiento es aquello que nos dicen cuando les preguntamos sobre cómo gestionan el tema de las recaídas o los consumos fuera del tratamiento:

E15: Aquí no hay consumos programados. O sea, nosotros no tenemos ese tipo de restricciones. Si consumes, consumes. Entonces lo que se hace es un trabajo en equipo. Se hace un Plan de Actuación: “el usuario X ha vuelto a recaer en el consumo de base. O ha recaído en un consumo de “revuelto”. O de speedball”. Entonces, todos los días se valora al usuario. Todos los días, todos los días se va viendo un cambio de actitud en el usuario: más irritable, con mayor ansiedad, mayores signos de intoxicación en sala... Todo eso se va viendo y, entonces, se va trabajando con el usuario: “qué te pasa. Estás consumiendo más. Vamos a hacer un trabajo de contención. Dinos cuántas veces consumes al día. Vamos a ir reduciendo el consumo...” Y se va interviniendo: “¿necesitas ayuda medicamentosa? ¿Por qué estás consumiendo?”. Otros te dicen: “pues estoy pasando un mal momento”; y por ahí, ya, actúas. O: “porque no puedo dormir”. Otros te dicen que es porque están estreñidos...

Una realidad, la de las recaídas y los consumos, que trasciende la mera puesta en marcha de la intervención y que nos conecta con el papel que tiene el/la usuario/a y que remite a, por ejemplo, la participación del usuario en los múltiples programas de los que hace uso o la incidencia que estas acciones tienen en la carrera desviada para atajar conductas desadaptadas marcadas por la drogodependencia como rasgo significativo:

E15: Hay algunos que sí se implican y te dicen lo que consumen. Y otros que intentan siempre disfrazarlo. Y cuando lo intentan disfrazar, como llevamos mucho tiempo, pues intentamos trabajar en esa línea. Porque estamos viendo que hay un cambio. Son como un libro abierto. Si los ves todos los días, al final sabes cuándo recaen. O cuando hay algo que pasa que no es normal. De hecho las

valoraciones que se hacen son: “¿tienes mono?, ¿tienes SAO¹²⁹?, ¿has consumido?, ¿no has consumido?, ¿cuánto has consumido?, ¿hace cuánto tiempo?”... para ver, un poco, el patrón de consumo de esta persona. Para saber por qué está haciendo ese consumo. Y, al final, casi todos te dicen lo que han consumido. Una vez que salen de la Sala Maravillosa, que es la Sala de Inyección, luego ya te dicen lo que han consumido.

De ahí que expliquen o contextualicen, en palabras de la enfermera del recurso, lo que hacen al respecto:

E16: Estamos trabajando con ellos para cambiar esa,...en fin, tratar de cambiar esa...ese venir de la marginalidad y de la exclusión social a una normalización de su vida, por medio de un tratamiento con diacetilmorfina (que es la heroína, pero no la heroína ilegal de la calle, que quede claro), para normalizar su situación, su vida, y mejorar su calidad de vida a los niveles posibles.

Para ello marcan dos puntos fundamentales: uno es comprender que el usuario no va a dejar de consumir y por ello parten de la necesidad de hacer una educación sanitaria donde el diálogo es la base fundamental para estimular ese cambio basado desde la acción no punitiva:

E16: Entonces, el usuario no va a querer dejar de consumir en estos momentos. Nosotros no le vamos a prohibir que consuma, que eso es una estrategia que no es válida, no resulta efectiva para esta población. Nosotros vamos a ejecutar educación sanitaria. El tema de la educación sanitaria aquí es una herramienta imprescindible, igual que la comunicación, que entra dentro de la educación sanitaria, las habilidades sociales también, el tema de comunicación terapéutica... (...)¿Qué hacemos ahí? Diálogo. El diálogo y la educación sanitaria, ya te digo, no un carácter punitivo porque no sirve para nada, el regañar o tal. Tenemos que dialogar mucho.

Y aunque remarcan nuevamente la importancia de la diacetilmorfina para comprender la excepcionalidad de este recurso,

E16: Pues si no existiera la diacetilmorfina, si no se ofreciera diacetilmorfina no existiría este programa, empezando por ahí, porque es la base. Tampoco vendrían los usuarios que son adictos a opioides, porque evidentemente lo que están buscando es una alternativa farmacológica en este caso. Pero claro, si alrededor de la diacetilmorfina no existieran otro tipo de actividades, hablese educación sanitaria, consultas enfermería, consultas medicina, actividades externas al centro, etc., etc. Pues no....por mucho que hubiese diacetilmorfina, la mejora del usuario pues no sería ni completa ni a lo mejor incluso llegaríamos a lo que estamos llegando a día de hoy con estas personas.

entienden que este tratamiento no se limita en una intervención farmacológica pues eso sería un propio freno a un abordaje más amplio e integral sobre la situación problemática de la persona en tratamiento y nos remite, a la vez, a la necesidad de conectar este fenómeno con cuestiones más profundas y a contextos diversos que van desde lo micro a lo macro:

129 Síndrome de Abstinencia a Opiáceos.

E16: El daño que produce lo que es el vivir la marginalidad, y la exclusión social, con el tema de las adicciones a opiáceos y policonsumo de otro tipo de sustancias, es un daño global. Es un daño global, ¿por qué? Porque daña a la propia persona a todos los niveles: a nivel psicológico, a nivel físico, a nivel social; a las personas que están alrededor del propio usuario de drogas por vía intravena en este caso, que es del que hablamos. Y bueno, no es solamente de la persona y del que le rodea, sino de toda la sociedad en general. Hablamos del barrio, hablamos de la ciudad, de la provincia, comunidad autónoma... Es decir, todo es extensible, y todo ese daño es a nivel, pues mayor.

Algo que ya nos hace pensar que la diacetilmorfina no lo es todo en el tratamiento y que nos remite a una concepción que se enmarca dentro de lo que es el abordaje:

E16: El tema diálogo es fundamental para poder conseguir logros y llegar a objetivos mínimos con esta población. La diacetilmorfina es otra cosa más, evidentemente está ahí. Pero claro, si no hay un abordaje global a todos los niveles, y ya digo el diálogo es fundamental con estas personas usuarias, por mucho que le des diacetilmorfina es que no vas a solucionar nada.

B.3.2.2. Reducción del daño y reducción del presupuesto: entre el objetivo general y la superación de los límites.

En este momento, nos vemos obligados a profundizar más sobre la opción terapéutica y los objetivos generales a toda práctica en materia de drogodependencias. Según ahondamos en la cuestión de los consumos, prescritos y prosritos, vemos que el proceso de rehabilitación es algo complejo, no lineal, y que por el lado de los profesionales suele encarnarse en forma de reflexión en torno a la cuestión de la reducción del daño.

Por ejemplo y como reflejo de la evolución que van tomando las experiencias en función del marco en el que se produce cada fase, desde el punto de vista del director del centro el objetivo en la última parte del proyecto, definida por el mantenimiento del tratamiento en el marco del Uso Compasivo, se basa en la reducción del daño.

E15: Nuestro Servicio... el objetivo es la reducción del daño. Reducción del daño, a lo mejor, significa que esa persona antes de entrar aquí consumía X paquetillas y ahora consume muchísimo menos. Y se busca una estabilidad. Nunca una desintoxicación. No es el objetivo del Servicio. Mucha gente piensa que esto es un servicio de desintoxicación. Y no lo es. Es un programa de mantenimiento con heroína. Es una reducción del daño. Y están en tratamiento puesto que han fracasado en programas de desintoxicación y en programas de metadona.

Pero, al mismo tiempo, lo que se puede ver como una estrategia/acción de reducción del daño puede entenderse como “un algo más allá” que implica comprender al sujeto partícipe de estos servicios como un paciente, como una persona que necesita iniciar un tratamiento.

E13: La gran aportación que ha hecho este proyecto diría que va ligada de haber pasado... en este mundo se ha hablado de la reducción del daño... yo creo que el proyecto de la heroína está por encima de la reducción del daño. Es considerar al heroinómano como un paciente que debe iniciar un tratamiento. Y eso creo que va por encima de la reducción del daño. Es dar un salto. (...)Y es que el hacer un proyecto en un hospital en concreto, donde se da un tratamiento, me parece que es un elemento que ayuda a ver que hay maneras de abordar el tema de los heroinómanos como pacientes como elemento esencial.

Pero por determinadas causas no ha podido superar los propios límites que se fueron dibujando en los sucesivos años desde que comenzara el ensayo:

E13: Nosotros partíamos de un abordaje muy integral, muy integral. Con muchas ganas, con mucho entusiasmo, con un “esto tiene que salir bien”, con un contexto muy positivo para que saliera muy bien, con un equipo con muchas ganas para que saliera bien, con un equipo multidisciplinar que ya lo dije: con médicos, abogados, trabajadores sociales, psicólogos, educadores de calle, ex pacientes... Es decir, yo creo que montamos un engranaje muy potente pero circunstancias, dinero, crisis... han ido generando que eso no... “para veinte tanta parafernalia”. Y eso ha ido en contra de ellos. Por eso que si, paralelamente, se hubiera planteado... Es decir, yo creo que se pensó en un momento determinado... Es decir, la estabilidad no ha sido buena para este proyecto. (...)El mantenimiento no debería haber sido la estrategia. Mantenimiento sí pero más cosas. Creo que ahí está la clave. Porque creo que eso les habría ayudado, el hacer cosas nuevas.Y de aquí entendemos que realmente hay varios intereses de diferentes actores interconectados entre sí.

Y es en estas declaraciones donde encontramos matices sobre si estamos hablando de reducción de daño o no; en este caso, de algo más. Esta diversidad en la comprensión de lo que es el ensayo y el papel que ocupa lo que se entiende como reducción del daño se encuentra en la propia concepción que los actores presentes tienen de lo que es el ensayo y la intervención. De todo esto, lo que podemos sacar no es una relación de conflicto entre visiones, sino una complementariedad de dichas concepciones y la necesidad de levantar el foco para entender, y poner en común, qué papel juega estas acciones –excepcionales- en y con otras estrategias más amplias:

E13: Yo no sé si los profesionales del PEPSA son conscientes de esa historia: lo hablan como reducción del daño más que como visión-paciente. Porque me parece que es la clave para poder pasar al empoderamiento. Porque si tú lo que haces es reducir daños, lo que dices es también, de alguna forma, paternalismo, ¿no?: “yo te veo como tal”.

E13: Por eso es: muy poca gente ha planteado una relación diferente entre el sistema y los pacientes drogodependientes. Esta es la clave: no estamos trabajando un proyecto de reducción del daño, estamos trabajando mucho más que eso. Y si se hubiera sido consecuente con eso podría haber sido punta de lanza para trabajar la gobernanza.

B.3.2.3. Uso Compasivo:

La clave para situar este cambio se encuentra en el ya citado protocolo de administración y en la fase de Uso Compasivo. Pero, ¿qué es eso del Uso compasivo? De las entrevistas realizadas a los y las profesionales participantes en y de esta experiencia hemos encontrado un elemento desconocido en nuestra investigación y es el uso compasivo. Una especie de excepcionalidad y/o salvoconducto médico para mantener a usuarios adscritos a un/el tratamiento y que añade, o distingue, una variable dentro del concepto de droga definiéndola como medicamento contrastado por sus beneficios terapéuticos:

E14: El ensayo, en total, han sido 18 meses y bueno, en estos momentos, el ensayo finalizó ya. En estos momentos los pacientes que continúan, digamos que continúan después de hacer el ensayo de heroína, recibiendo la heroína, porque se han acogido a lo que se llama Uso Compasivo. El Uso Compasivo es, una vez que has participado en un ensayo clínico, como medicamento... si se ha visto que ese medicamento ha mejorado tu calidad de vida, por ley, el Gobierno, o quién corresponda, tiene que continuar dándote ese medicamento de por vida. O sea, el medicamento sigue estando ilegalizado para el común de los españoles pero para los que participaron en ese ensayo pues pueden...no pueden, deben de seguir recibiendo esa medicación, esa heroína, mientras que lo necesiten.

E15: El Uso Compasivo lo da la Agencia Española del Medicamento. No solo de la diacetilmorfina, sino, por ejemplo, un medicamento experimental. El que tú accedas a ese medicamento de forma experimental es un Uso Compasivo. Es el nombre que ponen: Uso Compasivo del “ferronosequé”, Uso Compasivo de la diacetilmorfina, Uso Compasivo de... No es un medicamento todavía. Está en fase experimental. (...): Es algo experimental. Todavía. Y están viendo a ver si tiene resultados. Entonces, para ellos, hay personas que sí están favorecidas por ese Uso Compasivo y, entonces, tienen que darle un nombre. Y es el Uso Compasivo de diacetilmorfina. Para cuando él quiera. Hasta que se muera.

Un componente de excepcionalidad, como itinerario terapéutico accesible, dentro de un marco único de ensayo clínico a través de este uso compasivo ligado a esta ensayo/experiencia/intervención:

E14: Tuvimos que realizar un estudio sobre los 1200 y algo de personas que en Granada se inyectaban heroína en esos momentos. Para ver si cumplían los criterios de inclusión y exclusión que menciona el ensayo clínico. Y, entonces, para eso tuvimos que hacer un estudio de la calle, de buscar, uno por uno, a esas personas de esos 1200. De esos 1200, 60 cumplían los criterios de inclusión y exclusión y, una vez que nos pusimos a confirmar que esos datos eran verídicos... pues: haber pasado por 3 tratamientos de metadona y que la metadona no te funcionara... Se quedaron 62 pacientes que cumplían, al cien por cien, y, además, se podía demostrar que podían acceder al ensayo.

E14: El resto tuvo que volver a su programa de metadona anterior. Y, bueno, ahora creo que hay 28 de aquellos cuarenta y tantos. Y lo único bueno es que si un médico considera que un paciente cumple con las condiciones que se les exigían a aquellos para entrar, se puede pedir la entrada en Uso Compasivo en el proyecto de heroína. Entonces, así han entrado como 7 pacientes más en el último año.

Una solución para los participantes del ensayo y otros que se han podido acoger a esta figura. Pero un éxito relativo pues no se ha podido hacer extensible el ensayo como una alternativa más dentro del abanico de respuestas terapéuticas como la metadona, las comunidades o los centros de atención quedando condicionados a la capacidad del radio de acción de su propia actividad:

E14: Ha sido una solución para esas 62 personas. E, indirectamente, hemos conseguido que entren más. Porque, en principio, el Uso Compasivo está planteado sólo para los pacientes del ensayo clínico. Pero a base de meter la caña y de dar la vara, pues conseguimos que cualquier persona que cumpla con las mismas características que los que están ya puedan entrar. Pero sí que hay países que una vez se acaba el ensayo se acabó todo. Aquí lo hemos conseguido y como la legislación lo estipula claramente, “puedes agarrarte al Uso Compasivo”, pues fue como una solución de darle una salida a estas personas a las que le había ido muy bien la heroína.

E14: Pero no hemos conseguido el objetivo que nos proponíamos, que era que la heroína formara parte de abanico terapéutico que tuvieran los médicos que tratan la droga dentro de los servicios que hay como, por ejemplo, de metadona, comunidades terapéuticas, como otros centros... pues la heroína como otra alternativa. Aquí eso no se ha conseguido. La heroína sigue siendo ilegal. Y medicamento ilegal. Lo que pasa es que nos agarramos a esa salida del Uso Compasivo casi, casi, de trampeo. Pero no era lo que buscábamos.

B.4. Perfiles y usuarios: yonkis, drogodependientes, usuarios y pacientes.

B.4.1. Sobre los perfiles:

Cuando nos acercamos a conocer su opinión sobre las definiciones sociales existentes acerca de los usuarios de este servicio y les preguntamos acerca de la vigencia de tales a la hora de acercarse profesionalmente a estas personas, nos dicen que la idea del “yonki” está totalmente vetada pues el cambio empieza por el lenguaje y en llamar las cosas por su nombre:

E15: Aquí no. Aquí no. Para empezar la palabra yonki, aquí, está vetada. O sea, nosotros no llamamos yonki a nadie...ni chute. El chute típico... es una inyección. Gran parte del cambio empieza en denominar, en decir las cosas por su nombre: “son drogodependientes, tienes una adicción y te vas a inyectar. No te vas a chutar”. Eso se intenta. Son cosas que sean ido trabajando con ellos. Son personas, son normales, tienen una adicción y se ha intentado siempre trabajar, desde los inicios... Pero, ya te digo, al no tener profesionales, psicólogos o trabajadores sociales, pues lo ha hecho Medicina y Enfermería.

E16: Puntualizo un poco y así vamos por partes. En principio, la concepción mía, propia, personal de ellos como yonki, yo no lo concibo. Me parece que es algo despectivo, que es un insulto hacia ellos, y entonces no lo concibo como tal. Mi percepción: son personas ante todo, con un tipo de problemática o de necesidades de salud. Que están aquí a tratamiento y que necesitan de mis cuidados como profesional de enfermería.

Y a pesar de que esas imágenes sociales estereotipadas están en desuso dentro de estos espacios terapéuticos, la vigencia o permanencia social de esta imagen deteriorada es palpable. Pues aparte de seguir presente como problema a ser gestionado, sigue siendo un escalón o punto de referencia sobre el cual marcar los límites de lo que es una adicción, trastorno adictivo o drogodependencia. Por ejemplo, cuando les preguntamos sobre esta cuestión, nos responden que la gente sigue manejando esa diferencia entre el drogodependiente de calle y el consumidor recreativo problemático.

E15: Sí. Ellos tienen muy claro quién es el drogodependiente tirado. Que es el que tiene VIH, el que ha estado mucho tiempo inyectándose, que fuma papelas... Y ahí hay una diferencia: “ellos son unos y nosotros somos otros. Los que bebemos alcohol... Somos distintos. Yo no tengo nada que ver con él”. Y, en definitiva, tienen la misma adicción.

Y si bien en términos biopsicosanitarios tienen una base común, seguimos encontrando ecos sobre otros elementos no biológicos ni psicológicos que acaban marcando ese punto diferenciador que conecta estos estereotipos e imágenes sociales con estigmas relacionados con la exclusión social.

E15: Si la hay. Hay una gran diferencia. Hay diferenciaciones. Date cuenta que, probablemente, el drogadicto del perfil como el nuestro, hay muchos sin techo, sin posibilidades económicas; y luego está el que sí es un drogodependiente con posibilidades económicas que ve mal el perfil que te he comentado antes y ellos no se ven mal. Porque ellos no tienen ningún problema con la adicción. Ellos no tienen ningún problema. Y Eso sí existe.

Por eso, su acción se ha centrado en cambiar imágenes, tanto para dentro -en la intervención- como para fuera -sobre el ensayo-, y partiendo desde las propias características del ensayo del que tanto unos como otros toman parte:

E16: a veces nos hemos encontrado con situaciones en las cuales se han llamado “yonki de mierda”, y esa expresión, “yonki de mierda”, para ellos es tan hiriente, que les sienta...se rebotan lo más grande. No les gusta que les llamen yonkis. A veces ellos mismos dicen “es que soy un yonki”. No señor, tienes que desmontarlo “tú no eres un yonki, tú eres una persona”. Entonces bueno, evidentemente esa imagen despectiva de lo que se llama yonki, pues desde aquí lo intentamos desmontar.

E14: Ha servido para, primero, para cambiar la imagen del drogodependiente hecho polvo... En fin, hemos cambiado imágenes, hemos cambiado estereotipos, hemos cambiado... (...) son pequeños detalles que tienen relación con, un poco, los fantasmas y con la visión que hemos tenido siempre del drogodependiente como bicho que no tenía solución.

Un cambio de imagen que desde su óptica se concreta en que los pacientes son conscientes de su drogodependencia como enfermedad y facilita el camino hacia una situación más normalizada.

E14: Los pacientes han visto que su problema es una enfermedad. No es un vicio. Aunque tenga un componente de adicción y de vicio. Pero lo han visto como una enfermedad y eso les ha hecho

reconocerse como enfermos. Eso le hace cambiar y tomarse su situación desde otra perspectiva mucho más normalizada. (...)la familia, al ver que su hijo se está tratando en un hospital pues hace que respeten más a ese paciente que lo han visto como que era un chorizo que para lo único que servía era para robar y para amargarle la vida a toda la familia. (...)A nivel judicial, lo mismo. Aquí se llegó a acuerdos con los jueces para que todos los pacientes que estuvieran en el ensayo no se les metiera en la cárcel si estaban cumpliendo con el ensayo.

E14: O sea, ha servido para quitar cargas y ver a los pacientes no como se les veía antes, sino como se les ve ahora, por lo menos en Granada y en ambientes más profesionales, se ha visto que es un problema médico, que tiene una solución que no tiene que ser dejar de consumir precisamente. Igual que personas que tienen una enfermedad y toman una medicación. Pues esto es lo mismo: tienen que tomar una medicación de por vida pero pueden llevar una vida normalizada.

Llegando incluso a poner en duda la relación unidireccional drogodependencia-delincuencia.

E14: Se vio que una sustancia que se da de forma de forma reglada y de forma correcta, aunque sea heroína, pues permite que esas personas puedan llevar una vida normal. (...)O sea que no es la heroína la que en sí hacía que estas personas fallaran, sino todo lo que necesitaban para conseguir la heroína. Por el precio, el coste, el tener que robar, el tener que llevar una vida...en fin... Y desde todos los ámbitos, todas las hipótesis que planteábamos se pudieron demostrar.

B.4.2. Sobre Usuarios:

De esa forma, han comprobado de qué manera todas estas acciones y medidas construidas sobre perfiles producen mejorías sensibles en los usuarios. Pero, en la mayoría de los casos, cambios de lenta evolución,

E15: Se estabilizan muchísimo, eh. El perfil del usuario que tenemos es un perfil de usuario que evoluciona muy lentamente. No sé si tú conoces el tema del tratamiento con drogodependientes, pero es un tratamiento muy lento. Pues se observa una diferencia desde los inicios hasta la actualidad. Gente muy estabilizada, con su familia, algunos se han estabilizado laboralmente, han encontrado trabajo y están trabajando; y sobre todo en los consumos y en las patologías duales: la estabilización de esas patologías, que ya no vuelven a tener crisis cuando antes sí las tenían, en los inicios; y pasan de consumir, por ejemplo, cuatro o cinco “paquetillas”¹³⁰ de “speedball”¹³¹ a ninguna en la actualidad. O sea: disminución del consumo, disminución de prácticas de riesgo como pueden ser los abscesos y, sobre todo, en la estabilización psicológica. Y psiquiátrica. Puesto que, como ya te he mencionado antes, se les da un tratamiento antipsicótico, controlado y que en el momento en el que se observa una crisis pues, tanto los médicos como los enfermeros, aumentan su dosis... Y cierto es que los usuarios han experimentado una mejoría en ese estado de ánimo.

Llegando, incluso, a cambiar su percepción sobre los consumos y el tratamiento:

E15: Es muy curioso porque ellos te dicen que ya no se inyectan, que ya no se drogan. Realmente se están inyectando diacetilmorfina, ¿no? Heroína. Y es cierto que cambian ese chip. Porque yo considero que al estar en un enclave hospitalario, que haya profesionales sanitarios, ellos consideran

130 Papelinas. Formato monodosis en el que se suele vender la droga. En concreto, heroína y cocaína.

131 “Bola rápida”. Con este nombre se conoce a la sustancia resultante de la mezcla de heroína con cocaína.

que se están tratando su adicción. Y es así. Tal cual. O sea: al estar en un enclave sanitario y tener sanitarios como profesionales, para ellos les da como que no es droga, sino que es diacetilmorfina y que vienen a administrarse una medicación. Y eso es lo que te he comentado antes, normalización. Que se normalizan.

Una realidad, los consumos, que podemos relacionar con la cuestión de la vulnerabilidad y que una vez que se tiene un respaldo de un tratamiento dicha relación se ve debilitada:

E15: Cuando llegan aquí se sienten como aliviados. Puesto que tienen un respaldo, tienen su dosis de heroína. Y ahí empieza su estabilización. Como personas que son. No tienen esa necesidad de depender de algo que les pueda proporcionar ese bienestar. En el momento en que empiezan a estabilizarse, se produce un cambio de actitud y de demanda. Ya no demandan las mismas cosas que demandaban en los inicios. Demandan otra serie de cuestiones. Derechos. Tienen más derechos que al principio. Son personas que se siente parte del proyecto. Lo tienen interiorizado, el proyecto.

donde se produce una implicación del usuario en el/su proceso en forma de propuestas que retroalimentan el despliegue de la propia intervención:

E16: Y con respecto al tema de las sorpresas positivas con la interacción con las personas usuarias, como te digo yo me he encontrado sorpresas muy gratas. De discursos dónde a lo mejor tú le has preguntado, le has planteado alguna cuestión, y la respuesta que te ha dado la persona con la que dialogabas era muy coherente con sus ideas y sus formas de ver. Entonces el hecho de plantearte diferentes alternativas que quizá pues a ti no se te hubiesen ocurrido para solucionar esa situación, o ese momento vivido por la persona, pues te hace ver que la propia persona es la que puede plantear su propio beneficio, su propia salida de esa situación o su propia solución. Y te hace aprender también otro tipo de estrategias para emplear con esta población. Creo que eso es muy positivo.

Y que puede llegar a dar otro tipo de participación si se estimula:

E13: Yo creo que ellos han visto muchas mejoras pero también es verdad que no son...mejoras en ellos mismos. Dicho esto, yo creo que todo eso no es fácil. El proceso no es tan fácil como decir esto... esto lo ven como una suerte en la vida y que por tanto tal. No es tan fácil de decir así. Ellos han visto mejoras en su cuerpo, en su vida, lo agradecen, pero al mismo tiempo tienen muchas discusiones y demandas de que esto no es todo lo que podría haber sido.

E15: Surgió la necesidad de agruparse.(...) En gran parte les ayudó la Escuela de Salud Pública. En gran parte, el apoyo surgió de ahí. También por una necesidad que tenían ellos de agruparse. Date cuenta de que este programa es muy controvertido y gran parte del apoyo que hemos tenido ha sido gracias a la asociación. Ellos tuvieron esa necesidad de agruparse.

Llegando a fermentar ciertos elementos de participación política:

E16: Han vuelto otra vez a reactivarse, a empoderarse más y a intentar hacer mejorar el centro con todo lo que son sus propias necesidades. Ahí se da mucho la voz de los usuarios, de las necesidades que ellos requieren, eso es una cosa también importante.

B.5. Límites y respuestas: elementos a tener en cuenta para seguir construyendo experiencia.

Tras todo este despliegue de lo que ha sido la puesta en marcha del ensayo, su implementación y sus resultados, creemos interesante seguir aportando las diferentes reflexiones que los profesionales compartieron con nosotros. Para ello, queremos dar espacio a los límites y las expectativas que estos actores han encontrado en su práctica.

En primer lugar, nos explican que se podría/debería haber sido más ambiciosos, en el mejor sentido, y haber conseguido un ensayo/experiencia ampliada, enriquecida, que hubiera conllevado, consecuentemente, un enriquecimiento del sustrato de la investigación en heroína y drogodependencias. Un centro multicéntrico para responder a esa integralidad podría haber sido esa materialización concreta ideal:

E13: El hecho de que no se cerrara un proyecto multicéntrico [a nivel estatal] también me pareció un error. Dicho en positivo: un proyecto multicéntrico, con gente diversa, con integración social y laboral, con un mejor planteamiento, podía haber conseguido que España hubiera tenido un peso mayor del que tiene en el tema de la investigación de la heroína.

Un centro conectado con otros centros para poder intercambiar conocimientos y recursos,

E13: Por tanto: mayor relación con los Servicios. Me refiero a Centros de Drogas o los Centros de Salud que dan metadona, aquí, en Andalucía. Podría haber sido mucho mejor. Porque eso, por una parte, consolida el entramado base y consolida la relación: “yo he atendido a un paciente y por qué no me termina de funcionar”. Y eso hubiera sido muy, muy bueno. Eso hubiera consolidado todo el proceso y podría haber ayudado a buscar vías para ampliarlo a otras provincias y solidificarse. Yo creo que el gran problema es que le falta solidificación.

Y una oportunidad-plataforma para abrir y consolidar experiencias e investigaciones:

E13: Pero también creo que podría haber sido una punta de lanza para investigaciones en drogodependencias en Andalucía. Y siempre defendí desde el inicio que debería abrirse un proyecto de heroína oral. ¿Por qué? Porque si tu abres una línea de investigar como elemento y línea para desarrollar estas cosas pues deberíamos haber aprovechado más esa línea. Y no se aprovechó.

E13: Creo que se debería haber ampliado una vez terminado el ensayo a otras partes de Andalucía porque no tiene por qué ser un heroinómano de Granada para estar en el ensayo. Debería haber entrado Sevilla... tal... Un medicamento se envía desde Granada y no tiene por qué no enviarlo a Sevilla, Huelva, Cádiz... Creo que es otro de los elementos que hubiera formado parte de esa tal... Para eso haría falta una mayor integración con... Es como, el PEPSA debería haberse convertido como en el Hospital y la Atención Primaria, ¿no?: “yo, de tanto en tanto, hago una rotación en un Servicio. El que trabaja en drogas en Málaga o en Huelva, de tanto en tanto, viene a pasar tres días en el proyecto PEPSA porque quiere ver cómo funciona y eso le permite que haya una relación”. Y eso podría haber aumentado el número de pacientes que se llevan. Ahora hay veintitantos y podría estar llevando un

universo mayor. Con un Servicio de Farmacia referente en España en el tema de metadona y heroína. Y proyectarse a más partes de España. Y eso haber hecho un proyecto mayor.

Un escenario ideal que contrasta con la (falta de) financiación y los recortes como factores determinantes a la hora de definir lo que es la intervención con una población con una(s) problemática(s); en este caso como limitante de los recursos disponibles:

E16: ¿Qué he visto? He visto diferentes cambios en la metodología, muchas veces derivados de motivos internos por reajustes de personal, y hablamos de ajustes de cortes, tijeretazos. Teníamos trabajadores sociales, ahora mismo ya no tenemos; psicólogos teníamos, que ya no tenemos; psiquiatra también, que ya no tenemos; asesoría legal interna del centro, que tampoco tenemos. Y nos hemos quedado: médicos, enfermeros y un administrativo. Entonces, en ese desarrollo evidentemente antes había muchísima más cobertura in situ a todos los niveles de todas las necesidades más inmediatas de estas personas, que cuando llegan están muy inestables a nivel global, con muchísimas necesidades que se tienen que se tienen que solucionar casi en el propio momento.

Y que acaban por influir en los propios usuarios que circulan por los diferentes recursos disponibles en función de sus necesidades específicas:

E16: Las personas usuarias del centro en relación a todos estos recortes, evidentemente los sufren. Ellos los sufren, son sufridores directos. Y a pesar de que hemos intentado derivarlos a otros recursos externos donde hay trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras... En muchas ocasiones nos hemos encontrado que los propios usuarios no se encuentran a gusto con esos otros recursos externos porque no son comprendidos por los mismos.

E13: Creo que es un proyecto, como ya he dicho, inimaginable, fantástico, que se han hecho cosas muy bien. Pero estoy haciendo la visión “del otro lado”. Es decir, yo, casi estoy desnudándome en el sentido de qué cosas que podrían haber sido y no han sido. A veces por esas cosas que te he dicho de la disgregación o de no tener en cuenta algunas cosas, que yo ahora desde la perspectiva del tiempo pasado veo que podrían haber sido mejores. Pero en un marco de juego de una experiencia única.

Buscando posibles explicaciones a lo que nos dice el director del ensayo, el director el centro apunta que quizás un elemento clave ha sido la difusión de los resultados (y) de la experiencia que no ha llegado a ser todo lo que podría haber sido pero que debido a las propias características del ensayo tampoco influye en la propia concreción de los resultados y operatividad del ensayo:

E15: Hay pocos estudios hechos desde que se finalizara el ensayo. No sé por qué. Y sí que es peliagudo en cierta medida porque desconozco el porqué de que a esto no se la haya dado todavía la difusión. Porque creo que gran parte de los inconvenientes, a niveles administrativos, la excusa que pusieron en la Agencia Española del Medicamento es que había poca muestra. Pero existen otros centros, a nivel europeo, que han demostrado la eficacia. Que tampoco creo yo que fuera necesario que demostráramos en Granada que el tratamiento era efectivo cuando en otras ciudades europeas ya se había demostrado.

E16: ¿Por qué no extenderlo? Si la...tanto decían aquí como te he dicho “es que la N es muy pequeña”, ya, pero es que tenemos otras N en otros niveles internacionales.

Un elemento central, conocimiento y desconocimiento, para poder garantizar la difusión y continuación del propio servicio, llegando a darse casos en los que existe un desconocimiento por parte de trabajadores del centro hospitalario donde se encuentra el Servicio:

E15: Una de las cosas que más me llamaron la atención que después de once años dando atención y tratamiento con la diacetilmorfina, los propios trabajadores del hospital no sabían qué era este Servicio. Entonces, te das cuenta de que hay una necesidad de que la gente conozca un trabajo que es lícito. Que se ha demostrado que funciona para determinados pacientes. Entonces, se hizo esa campaña y sí que es cierto que gracias a esa campaña pues se aprobaron, en cuatro años, veinte usos compasivos. Y vinieron unas cuarenta personas para hacerse las pruebas de selección. Porque, claro, la gente lo desconoce.

Quizás una clave para comprender el desconocimiento se debe a la importancia sobre educación sobre drogas, sobre cómo se entiende este fenómeno. Algo que acaba remitiéndonos a la experiencia y el contacto con el fenómeno, tanto en ámbitos formales como informales:

E15: Yo he hablado con profesionales de aquí y, en parte, están en contra de esta práctica. Porque ellos no cambian el chip. (...)No lo ven como un medicamento. Pasa igual que con la metadona en sus inicios. Era droga. Ahora todo el mundo se ha cambiado el chip. Ahora la metadona para ellos es como un medicamento. Un sustitutivo.

E15: La gente de la calle asocia drogas con delincuencia y con... la gente que no trabaja en esto no entiende un tratamiento de estas características, por ejemplo. No lo entienden. Ni lo van a entender. De hecho cuando te preguntan dónde trabajas y lo explicas, pues se quedan un poco... porque no hay una mentalidad... Y yo, antes de trabajar aquí, también. O sea, que no te voy a engañar. La realidad la vive uno cuando lo vive. Y yo creo que la sociedad, todavía, actualmente, creen que el drogadicto es un delincuente. No sé si es lo que quieres... (...) Yo te hablo del perfil de mis pacientes. No del perfil de... claro... (...) Yo te hablo del usuario drogadicto de muchos años, el heroinómano que se inyecta...

Otro punto sobre el que reflexionar y que pivota sobre lo anterior, nos lo aporta otro de los entrevistados. Este es aquel que apunta acerca de la imagen que se tiene de la heroína en términos generales, y jurídicos, y que contrasta con la definición que ha manejado en este espacio terapéutico:

E14: El problema es que la heroína sigue siendo vista como una droga. (...)Ahí la JIFE¹³², la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, considera la heroína como una droga mortal. (...) Se sigue viendo a la heroína como una droga y no como un medicamento, sino como un droga dura,

¹³² www.unodc.org/lpo-brazil/es/drogas/jife.html y www.incb.org/incb/index.html. Consultada el 20 de agosto de 2015.

pues por mucho que tú quieras que pase a formar parte del abanico terapéutica si no hay voluntad política, no hay nada.

Pero que a pesar de ser un limitante de los resultados que ya se han conseguido, es, al mismo tiempo, un escenario de debate donde jugar las bazas,

E14: Entonces, es ahí donde está el reto ahora. O sea, hemos pasado de la fase en que hemos estado quince o veinte años demostrando que la heroína podía ser una solución a, ahora, intentar que además de ser una solución pase a ser una solución. Un recurso. Al igual que la morfina es útil para enfermos terminales de cáncer.

Donde el uso de la sustancia y su ambivalencia, tanto en su uso como en su definición, es el campo donde centrar los esfuerzos:

E14: No se trata de una cuestión de decir “de aquí y hasta aquí es medicina y de aquí para acá es una droga”. Sino que es más bien quien utiliza, es como todo, quien utiliza esa sustancia, ¿con qué fin la utiliza? Si tú quieres usar, por ejemplo, el metasedin, que es clorhidrato de morfina, para drogarte, como mucha gente hace, que utiliza medicamentos legalizados para colocarse, pues lo puedes utilizar. O sea que el uso que se le da al producto es la diferencia. Pero no hay un margen para que digas de aquí a aquí. No podemos decir “la heroína tiene un 40% de medicamento y un 60% de droga”. Es un 100% de droga y es un 100% de medicamento. Siempre que se utilice correctamente.

Subrayando la importancia de comprender los procesos de reinserción y normalización como algo flexible, progresivo, situado en las personas y que entra en conflicto con la idea de las políticas de “talla única”:

E16: Yo creo que lo primero aquí, en esta cuestión, es comprender e intentar asimilar que cada persona tiene su ritmo y su tiempo. Y cada persona tiene ciclos en los cuales, está mejor o está peor. El hecho de pensar “es un éxito rotundo o no”, quizá no lo calificamos así; si no que vemos desde nuestra perspectiva profesional en este centro las pequeñas mejoras que se puedan hacer. Ya una pequeña mejora, ya es un éxito. El hecho de decir “se ha normalizado en todo”, yo creo que aquí nadie estamos normalizados del todo [ríe]. Entonces, ¿qué es la normalización ideal? Es como decir que la definición de salud según la OMS es ideal, ¿pero cuál es la salud ideal? Es que es muy sui géneris, se puede criticar un poco esa cuestión. Entonces, claro, como te digo, cada persona tiene sus momentos, tiene su ritmo...y por pequeño que sea mejora. Eso es un factor de aumento de calidad de vida, y de mejoría en general de la propia persona.

Una idea centrada en la capacidad de consecución de los objetivos individuales que se hubieran podido consolidar esas acciones más amplias orientadas a socavar la presencia de miradas estigmatizadoras:

E13: Luego lo laboral que me parece un elemento esencial para perder el estigma y normalizar. Por eso ponía el ejemplo de X, que ha sido una persona que ha conseguido.... Su novio en esa época también estuvo en el centro. Ahora ya no está. Ella va corriendo al centro. Encontró un trabajo. Sigue trabajando. Y dices: “ostras, esto es lo que deberíamos haber conseguido”. ¿Por qué? Porque, es decir, porque la normalización habría conseguido ser punta de lanza. Como diciendo: “si tú consigues que diez pacientes de los veinte normalicen su vida, o veinte, o todos, consigan tener trabajo y que

consigan normalizar su vida y tal”, eso para mí habría sido un espaldarazo mayor a la desestigmatización del yonki que el proyecto en sí mismo. El proyecto creo que ha ayudado a que es posible otro tratamiento, a que la droga es otra cosa, pero se podía haber conseguido dar más pasos. Esa es para mí, un poco, la espinita. Se podría haber conseguido la desestigmatización mucho mejor.

Reflejando esos sinsabores de poder llegar a más cuando se ve que aún queda por hacer y que con algunas personas se están consiguiendo éxitos:

E13: Por eso tendrían que haber conseguido lo del trabajo. Porque si X que está fantástic@, probablemente de las que están mejor, “ostras y si F trabajara, seguramente...”, “a F le deberían haber posibilitado que trabajara en un lugar de recuperación de animales”. “¿Por qué? Porque es una persona a la que le encantan los perros, los saca, los tiene... ¿Por qué no trabaja allí y lo hace en su casa con cuatro perros que lleva y tal?”. Porque eso sigue marcando “este es”, se le sigue viendo... “es raro”, “este vive marginalmente cuando le podías haber normalizado mucho antes”.

Sin duda una serie de sentimientos y percepciones, complementarias, contradictorias, que podemos relacionar con cuestiones más profundas que se encuentran tanto en lo micro, el papel que juega la propia intervención, como en lo macro, la drogodependencia como un problema de interés general que nos recuerdan que el debate sobre las drogas sigue vigente:

E14: El problema no es si hay debate. Ya lo ha habido. Y un debate es muy interesante. El problema es que políticamente que es desde dónde salen, más o menos, los temas pues si no hay voluntad, pues no hay debate. Porque te puedes poner a hablar con las paredes dos horas que poco vas a acabar debatiendo. O sea, es la situación social y la situación económica de un país las que favorecen o evitan que tú puedas proponer debates, vamos a decir, de altura. Pero claro, como una cosa está relacionada con la otra, pues si no hay dinero, menos va a haber para esta gente. No es que no haya debate, es que no se dan las circunstancias para que haya un debate. Hace doce años, posiblemente a raíz del ensayo de la heroína, se creó un debate. Pero en el momento en que las circunstancias dan lugar a que... vamos, que si no hay dinero, posiblemente, no haya dinero para heroína antes que para otras cosas. ¿Por qué? Porque como aquí todo se base en la búsqueda de la rentabilidad....pues poca rentabilidad tienen 1000 chavales con un problema..., ¿entiendes? Me refiero a ahora. Hace once años podían tener más interés para mucha más gente. O sea, que yo creo que es la situación y el estado social... como el tema de la dependencia: si antes no era importante, imagínate ahora.

E15: Yo te hablo del caso de Andalucía. Andalucía, y es una opinión mía. Yo creo que los tratamientos en drogodependencias carecen de muchas... tienen muchas carencias. Sobre todo en las administraciones de metadona. Carece de profesionales. Y no hay un profesional especializado en drogodependencias en Andalucía. Eso se da más en Madrid. En otras zonas. En Andalucía, en la actualidad, los profesionales que estamos especializados en drogodependencias somos los que trabajamos en drogodependencias. Y hay un debate. ¡Claro que hay una debate! Hay un debate importante. Y profundo. (...) De profesionales y de reestructuración de Servicios. Bajo mi punto de vista. Por ejemplo: el Centro en el que estamos ahora mismo, podría ser un Centro de Referencia con opiáceos. En toda España no hay un centro de referencia que dé los opiáceos como lo hacemos nosotros. Pues se podría apostar por este tipo de centros, ¿no? Que sea un centro de referencia. Que, por ejemplo, la metadona que se da en los centros de salud en cinco minutos pues que la diéramos nosotros que somos un centro experto en esa materia. Y, probablemente, mejorarían. Se ahorraría para la Administración Pública dinero. Daríamos los tratamientos de benzodiacepina. Antiretrovirales, como los estamos dando. Campañas de vacunación...

E13: Creo que hay que cambiar el modelo de relación. Es demasiado paternalista. Muy paternalista en drogas. Muy paternalista, incluso, en la relación con la familia. Y creo que eso hay que romperlo. Pero en el tema drogas va a ser mucho más difícil de romperlo que en el resto de enfermedades. Por lo que significa. Por eso te decía que la clave no es reducir daño, es paciente. Es decir yo creo que te vean como paciente y luego avanzaremos el empoderamiento. Pero es que hay que romper la dinámica. Por eso creo que el PEPSA planteaba algo que no era la reducción del daño. Es un tratamiento para un paciente. Integral, global, que necesitaba más apoyo porque entre la causa, el origen del problema hay mucha mezcla ahí.

E15: De una forma integral. No que existan solamente psicólogos y psiquiatras y tal; Sino que existan muchísimos más profesionales dedicados en ese campo. Date cuenta de que este tipo de personas tienen un desajuste social importantísimo. Y luego sanitario. Y yo creo que en la drogodependencia del siglo XXI, se debería de tomar decisiones de forma integral. Vamos, yo no sé qué porcentaje de desintoxicación tienen las comunidades terapéuticas, porque no lo sé. Porque lo desconozco. Pero yo creo que se debería de intentar hacer un abordaje más integral. Del usuario.

E13: Yo soy muy partidario y trabajo en eso del empoderamiento del paciente, trabajo metodologías participativas y tal. Yo creo que el tema drogas necesita una reflexión mayor. Creo que el empoderamiento es un elemento pero no el único en el debate. Creo que el tema drogas vive demasiado de las rentas. Nos hicimos metadonaos y tal [...]Pero falta una reflexión de cuál es el proyecto. Hay poca reflexión desde mi punto de vista del papel de cómo da el Poder. Hay demasiado estigma. Y parece que con algunas personas no se pueden empoderar cuando creo que es una línea muy importante a desarrollar.

C. Usuarios y Madres: visiones complementarias de un fenómeno de dos caras. Discursos de y desde: de los usuarios y desde los protagonistas.

C.1.Drogodependencia, Intervención y Carrera Desviada:

Estas personas nos han ofrecido voluntariamente su relato y han querido compartir con nosotros sus propias respuestas a esas preguntas que les hemos formulado. De ahí que ofrezcamos un mapa ordenado de aquello que nos han contado como una lectura exploratoria de ciertos discursos de difícil acceso para alguien ajeno a este mundo o estos servicios. Presentar este texto es una decisión compleja y remite a la dificultad que significa, primero, manipular lo dicho por un entrevistado, y, en un segundo momento, situar lo que dice una persona que suele ser el objeto de políticas sociales y ha tenido y/o vive en situación de exclusión. Esto nos ha planteado, quizás anticipando ese lado negativo de *lo que se nos pueda decir*, el significado que damos a lo dicho por estas personas. En esa encrucijada optamos por dar espacio, dentro de nuestras posibilidades, a lo que tienen que decir para profundizar en *aquello que puedan decir*. Para ello, partimos del mismo respeto metodológico tenido con el resto de personas y profesionales entrevistadas. Un rigor que se traduce en una consciencia real de las manipulaciones y operaciones que se pueden hacer

en el terreno del análisis de discurso en relación a lo dicho por una persona drogodependiente y usuaria de servicios en torno a (la reconstrucción de) su trayectoria vital.

Es capital señalar esta cuestión dada la dificultad inherente y encontrada en el hecho de tratar una información/población de difícil acceso. Como hemos dicho, en nuestra trayectoria vital hemos tenido contacto y conocido a personas drogodependientes - expandiendo este concepto con el máximo de asociaciones y matizaciones que se le puedan hacer- y al igual que con otras personas, hemos podido recoger determinadas ideas, argumentos, frases en torno al fenómeno de la droga y su relación con ella. Pero en este caso, estas personas han decidido compartir voluntariamente su historia delante de una grabadora. Ahora, ¿qué importancia y peso hay que dar a lo que nos dicen y a ellos mismos? En este caso no hay una respuesta cerrada y no podemos decir si mucho o poco. Cuando se decide abordar esta información hay que plantearse elementos para categorizar y situar estos discursos; cuestiones que terminan por remitirnos al papel o rol que desempeñan estas personas dentro del amplio espectro del mundo de la droga y su intervención. No pretendemos, y aquí usamos el mayestático para reforzar esa intención, extraer la información, analizarla como si fuera un objeto de coleccionista dada su rareza, y detectar todos posibles significados que pueda haber detrás de lo que dicen. Sobre todo cuando suele decirse que son personas que no saben lo que dicen.

Por todo esto, ofrecemos una síntesis estructurada de las entrevistas que se traduce en una invitación para que quien quiera leerlas pueda hacerlo pero entendiendo este material, desde su producción hasta su presentación, como el reflejo del esfuerzo por afrontar la tarea y el compromiso en la desarticulación del estigma y de los efectos que este tiene en un colectivo definido por su invisibilidad social.

E17: Lola.

Sobre los inicios en el consumo: el reflejo de una situación personal.

E17: Pues el tema de la droga es que me enganché... tenía veinticuatro cuando me enganché. Cuando empecé a consumir. Y mira... Bueno, el paso fue que yo tuve un chiquillo, a mi hijo, el angelico, y se me murió con año y medio. Y, entonces, cogí una depresión muy gorda que me tiré medio año ingresada en el hospital psiquiátrico de Palma. Y, ¡claro!, lo que yo tenía era ganas de morirme. Y, entonces, conocí a una persona. Esa persona me comentó sobre la droga y tal pero no me dijo lo que me iba a acarrear. Y claro, ya empecé a consumir y consumir. Empecé primero con farlopa, coca. Luego ya empecé con el caballo. Luego ya hacía "speedball", que es caballo y coca; que aquí dicen "revuelto". En fin, que esta es mi vida. Perdí trabajo, perdí dinero. Con la familia, de aquella manera como comprenderás. Yo nunca he ido a pedirle dinero a mi familia. Ni he consentido que me paguen mis vicios. Y me los pagaba como comprenderás, robando, aparcando... Buscándome la vida hijo. A ver, buscándome la vida para poder quitarme el mono.

Un consumo con unos costes físicos constatables:

E17: Sí. Yo, de hecho, este ojo no es mío. Este ojo es una prótesis. Porque lo perdí por meterme porquería. Porque me vendieron porquería. Y perdí mi ojo. Y como yo, otro compañero que tiene perdido medio pulmón de una candidiasis.

Probablemente, fruto del corte y la falta de pureza de la sustancia:

E17: Hombre, es que la heroína que hay en la calle está adulterada. Pero no está adulterada de cosas buenas, sino de cosas malas. ¿Me entiendes?

Una situación, de consumos crónicos y agudos, sostenida hasta que llegó al servicio donde la conocimos:

E17: Luego ya me vine aquí. Aquí me tiré pues tres o cuatro años. Consumiendo a tope. Luego conocí al captador. Y el que nos iba buscando para meternos aquí me habló de esto y vine a probar. Perder no tengo nada que perder. Vine y mira, hasta hoy, llevo ya diez años.

Un servicio que a ella le ha sido útil, de la misma forma que otros tratamientos por los que ha pasado lo pueden ser para otras personas, pero que para ella fue un punto de inflexión:

E17: Sí, sí. Funciona. Todo lo que sea ayuda, funciona. Lo que pasa es que el paciente quiere mejoría en el primer momento y en el momento no se puede tener mejoría. Eso tiene un proceso, poquito o poco... y uno va notando la mejoría. Y al cabo de cierto tiempo, ¡madre mía!, a cómo entré y a cómo estoy ahora... ¡pues no hay diferencia! Yo entré aquí que iba a perder el pecho izquierdo porque me metí en el pecho. No tenía vena y cogí y me lo puse en el pecho. E iba a perder el pecho. Y entré aquí y tengo mi pecho. Pero iba a perder mi pecho.

Traduciéndose en mejorías siguiendo este tratamiento. Beneficios tanto en un nivel psicológico como físico.

E17: Bueno... pues muchísimo mejor. A mí, en particular, me ayudó mucho psíquicamente. Y físicamente. Porque yo entré pesando aquí como un bichín, como un gorrión. Y ahora peso pues sesenta kilos.

Y sin embargo no tiene tanto alcance dado el desconocimiento de lo qué es el programa y, en especial, la distinción entre droga y fármaco:

E17: Lo que pasa es que la gente no conoce este problema. Porque yo, por ejemplo, cuando he ido a extraerme la sangre para hacerme las analíticas del VIH, que lo tengo, pues he hablado de este programa y me han dicho: “eso qué es”. Y, entonces, les he dicho lo que había, el tema, y lo han visto bien: “pues eso está bien. Pues eso está muy bien porque, la verdad, si os dan calidad de vida, mejoráis física y psíquicamente...”. Porque no es lo mismo la droga que hay arriba, porque eso es para matar a la gente a lo que nos dan. Es diacetilmorfina.

Porque la heroína-diacetilmorfina es un medicamento:

E17: Una medicina. Porque si no consumes y habitualmente consumes, si no consumes tienes malestares. Pues mira: vómitos, diarrea, dolores musculares, dolor de huesos, lagrimeos, bostezos, escalofríos, pelos de punta... o sea... Ahora, te pones y fuera todo eso. La droga es medicina. Es medicina. O sea cuando tú vas a un hospital y a un enfermo terminal le mandan morfina para que le alivie los dolores al pobre hombre o mujer, eso es droga. Y eso sí está legalizado.

Cuando le preguntamos que cuál es para ella el problema de la droga, ella misma nos ofrece una definición que nos remite a algo más profundo pues conscientes de lo que es esta sustancia y lo que conlleva nadie es capaz de “meterse” por el mero hecho de experimentar.

E17: Es que cada uno tiene su problema, ¿me entiendes? El mío fue el que te he contado, mi chiquillo. Otro, yo que sé... ¿me entiendes? (...) Pero yo te digo una cosa. Que ninguno de los que tocamos el “tema”, ninguno, seguro, seguro, yo te digo a ti que seguro que por gracia de meternos a ver cómo se siente, eso no lo habrá hecho. Lo habrá motivado algo a hacerlo.

Una aportación que nos vuelve a llevar a la cuestión de conocimiento y desconocimiento, entre lo que había ayer y lo que se sabe hoy.

E17: Es que mira...no, no, no. Ahora es cuando la gente está informada. Ahora yo te digo una cosa: el que cae, yo sé que ese está informado. No como en los años 80 que no se sabía nada de eso. Porque yo cuando me enganché y ese día no me puse y dije “Uy, qué mal estoy”. ¡Leñe!, como que fui al médico. (...) Llegué y me enteré que eso era un “yuyu”. Un cuadro de abstinencia. Como se dice vulgarmente un mono.

Un problema social y un llamamiento: Cuando hablamos de posibles soluciones y salidas a este problema social, la entrevistada cree que es complicado encontrar una respuesta definitiva pues cree que en el fondo lo que se está haciendo es una gestión de los problemas frente a su solución debido a los numerosos y notables beneficios que produce la droga:

E17: esto es como el pececillo que se muerde la cola. Porque a ellos les interesa. Porque ganan....Gana el camello, gana el abogado, si hace algo; gana el policía, gana el juez, ganan los carceleros... fíjate a cuantas personas les estamos dando de comer.

Y cree que habría que buscar apoyos en la totalidad de la sociedad pues es un problema que afecta, directa o indirectamente, a todas las familias y por extensión a la sociedad. De ahí que haga un llamamiento para que se pongan medios y se faciliten servicios para esta población que si bien ha decidido individualmente consumir cree que no debería dársele la espalda.

E17: Hombre, esto debería de ser entre todos en general. Porque es un problema nuestro pero que también influye a mucha gente, ¿me entiendes qué te digo? A familias, hijos, sobrinos... en fin, a toda la familia se la implica. Si hay un familiar que la toca, que toca el "tema"... Y yo desde aquí hago un llamamiento de que, por favor, pongan más centros como en el que estoy. No sólo aquí en Andalucía, porque es único en España y Andalucía. Y yo pido que, por favor, que pongan más centros, pero en toda España. Porque hay mucha gente que muere todos los días y mueren no por sobredosis de pureza, sino por porquería que le mete el gitano que quiere ganar diez mil pesetas más, ¿me entiendes lo que te digo? Y eso es una lástima, la verdad. Porque, sí, es un problema que nadie nos obliga a meternos en este tema, ¿no? Pero...

E18: Carlos.

Sobre los inicios en el consumo: nuestro entrevistado señala que cuando empezó a consumir o probarlo, a través de un amigo, ya sabía lo que era la heroína y lo que eran los yonkis,

E18: [Empecé] Con 26 años. (...)Mi mejor amigo me dijo: "vamos a comprar...". Yo sabía que esto iba bien, que era malo, porque los yonkis de mierda me daban miedo. A mí, los toxicómanos no los quería a mi lado. ¡Para nada! Pegaban a su familia, y robaban a su familia... qué no le iban a hacer a un desconocido. O a un amigo. ¡Pues toma! ¡Dos tazas!

Pero con el paso del tiempo fue aumentando su consumo inicial hasta un punto que le llevó a vender lo que tenía y dedicarse al robo para sufragar su adicción en un periodo de dos años:

E18: Pasó un mes, pasaron dos meses... En vez de 500 pesetas o 1000 pesetas de media en el fin de semana, pues eran 1000 pesetas todos los días. Pasó otro mes y ya no eran 1000 pesetas, ya eran dos o tres gramos.

E18: Yo tenía un bar, un negocio. Tenía un Seat Panda, un Peugeot 505... vendí el Panda, vendí el Peugeot, dejé de pagar a los distribuidores de cerveza... Acumulé deudas y cerré el bar. (...) En Almería. Se llamaba "T. T. T.". En el centro. Era muy bonito. Me buscaba la vida bien. (...) Y, bueno, cerré el bar. Todo esto en el plazo de dos años. Desde que empecé a consumir hasta que me fui a la ruina. Dos años. Empecé a pedirle a los amigos, a la familia... los amigos dejaron de hablarme: a uno le debía 20.000, a otro 15.000, a otro 1.000... ¿sabes? Entonces empecé a todo el que podía, le sacaba: 500 pesetas a uno, 100 pesetas a otro... lo que podía. Y al final nadie me daba nada, pues me puse a robar.

E18: La primera vez fue bien, la segunda bien, la tercera bien, la quinta bien, la vigésima, de tantas,... ¡Pum!... Mal. Y a partir de ahí, miraron para atrás y salieron mal todas. No me puse guantes. Me metía en las sucursales bancarias y me llevaba las fotocopadoras, el poco dinero que había suelto... Lo que había. Me pudieron encasquetar seis.

De ahí que cuando le preguntamos qué es para él la droga, esta persona la defina como un camino destructivo, tanto hacia dentro como hacia fuera:

E18: ¿tú sabes lo que es esto? Ni tu madre duerme, ni tu hermana duerme... quien te quiere un poco no duerme. Le quitas el sueño. Porque les llaman o porque vas a la cárcel, o porque has hecho algo... Nunca hay una buena noticia. Todo es malo. Y, encima, tu salud mental y física... ¡alucina, vecina! Yo no sé cómo estoy como estoy, porque me he hecho tanto daño... Me he metido tanto veneno en la vena que no sé por qué estoy así. No lo sé. Tengo una suerte increíble: no he cogido el VIH.

E18: Es como si hubiera varias personas dentro de ti luchando y ganara el que más perjuicio te hace. De verdad quieres ser tú, estás ahí esperando una oportunidad pero no puede. No lo deja. Pero está ahí. (...) Es una cosa muy rara, de verdad. Muy desagradable. Y muy difícil de salir. Yo le aconsejo a todo el mundo que no empiece esta aventura porque es muy difícil de llevar. De verdad. Dedícate a pintar, a pasear, a lo que sea menos a las drogas. A lo que sea. ¡Ufff! De verdad.

En el que plantearse la estabilidad, laboral en este caso, es una quimera:

E18: No. Nunca he tenido. A partir del cerrar el bar me hice toxicómano y nunca más he vuelto a tener vida laboral. Y si te piden el certificado de prisiones, ya...

Aunque hace quince años que no “se busca la vida para la droga”:

E18: hace quince o diecisiete años que estoy bien, pues... entrecomillas... Que no voy a la cárcel, que no robo, que no miento, que no me busco la vida para la droga.

Un elemento que queríamos conocer de primera mano era la posible evaluación que puede hacer una persona usuaria de los diferentes recursos y programas por los que ha transitado a lo largo de los años. Así nos comenta las diferencias que como sujeto en tratamiento ha percibido a la hora de seguir los diferentes tratamientos, con o sin sustitutivos, a los que se ha adscrito:

E18: Con la metadona consumía mucho en la calle. La metadona no me funcionó. (...) No me funcionó. Echaba de menos la aguja, el pinchazo, la parafernalia de la cuchara, del tapón, del algodón... Lo echaba de menos. Porque son varios años haciendo eso todos los días.

E18: Todo ayuda. Mejor que la calle... Pero como el ambulatorio en tu casa y como un programa como el de PEPSA, ninguno. Si te vas a una Comunidad estás aislado trece meses, máximo, en un sitio rodeado y protegido entre algodones, entrecomillas, porque no puedes ir a comprar a no ser que te saltes el protocolo, te salgas y te expulsen. Entonces, la comunidad tiene eso: tienes tiempo para pensar. Yo fui a una Comunidad y no quería. Estaba en contra de ir pero el juez me dijo: “o a la Comunidad o a prisión”, y me fui a la Comunidad. Estuve trece meses allí y hasta los seis meses no me di cuenta del problemón que tenía. Pero a los seis meses de estar en la Comunidad, ¡joder!, empecé a interiorizar, a pensar... ¡es que no podía pensar, tío! (...) Te estoy hablando de hace 20 años. Y hace 15

que no me ponen unas esposas. Bueno, 17. (...)Es lo bueno que tiene la comunidad. Te da tiempo a que el cerebro empiece a pensar. Porque es que cuando estás en la droga piensas de una forma muy rara. No puedes. No puedes. El hipotálamo está dándose trastazos y tú, por fuera, medio obnubilado, en las nubes, muy bien, muy waaaa, muy tal, muy mal, muy regular... con unos altibajos grandísimos.

En el que destaca el ensayo de diacetilmorfina por los diferentes impactos positivos producidos. De ahí que crea que este programa debería extenderse al máximo de personas que puedan beneficiarse de este ensayo como lo ha hecho él:

E18: Mi opinión es que para lo que había hace 15 años ahora hay muchísimo. Y el programa es la guinda del pastel. Para mí. Es algo que tendrían que implantarlo en todo el planeta.

E18: Pues, a mí, lo único que me ha funcionado al 100%... Bueno, al 90%, porque nunca es al 100%, es el PEPSA. Y lo recomendaría para Madrid, Barcelona... para todas las capitales esto sería.... Se eliminaría el 80% de la delincuencia en poco tiempo. Las familias.... No los yonkis de... bueno, de mierda.... No ya los enfermos, sino su familia y sus amigos y todo su entorno, su barrio y su ciudad iban a ganar por todos lados. En tranquilidad, ya no habría alarma social por robos estúpidos... Porque esto tiene el problema de que no piensas. Cuando te duele todo, no piensas. Llegas a hacer daño a alguien, incluso. O le pegas un tirón a una mujer. Y yo sé quién lo ha hecho. No me gusta, ni lo he hecho, pero sí sé quién lo ha hecho. Y el que no tiene hermana, tiene madre. No mola que no se lo hagan a tu madre o tu hermana.

Una percepción fruto de una vivencia que le hace situar el problema de la droga como algo más profundo que el mero consumo:

E18: La droga, para mí, el problema radica en que si no tuvieras que delinquir, no perdieras la salud y no perdieras todo tu entorno y que no todo fuera un infierno entrecomillas... Siempre digo que para unos es más infierno, para otros más purgatorio y otros que tienen más dinero... tampoco es la Gloria. (...)El subconsciente. Ahí hay un montón de cosas guardadas, escondidas que te hacen, que te hacen... Soy un subproducto de mí mismo. Estoy más que condicionado por muchas cosas.

E18: Es un cúmulo de cosas. No es solamente la droga. Hay muchas cosas. Cada uno tiene su historia.

E18: Yo lo que sé es que a nivel familiar destruye. Y no interesa para nada. Debería desaparecer de la faz de la Tierra. Y no lo digo por mí, yo ya... aquí estoy. Yo ya he pasado cárceles, decepciones, abandonos, que no te quisiera ni tu madre, que nadie diera un duro por ti... Por mí no daba un duro nadie. Hace 20 años...

Y que tiene unos efectos en términos de identidad y que emergen cuando se pone en contraste la imagen de su yo consumidor y su yo actual como enfermo en recuperación:

E18: No eres tú. No eres tú. ¡Qué va! Ahora mismo, yo, estoy tomando diacetilmorfina y no tengo nada que ver con el consumidor de heroína. ¡Pero nada! Soy otra persona.

E18: Yo no me siento, hoy por hoy, politoxicómano. Me siento enfermo en recuperación. En tratamiento y en recuperación. Pero así muy de lejos. A veces ni me siento enfermo ni nada. Soy una persona que tiene una diabetes y se pone una inyección y sigue con la vida.

Una percepción que ha cambiado con el trato recibido a lo largo de su adscripción al servicio:

E18: La sustancia, el trato, que las enfermeras me tratan como un ser humano... algunas veces no, te miran como una mierda. Pero es lógico, somos humanos. Pero, en general, te tratan como una persona. No como un enemigo o un tío que te la va a dar por la espalda. Es que ver a la gente que desconfía... "toxicómano" y ya te miran de otra forma.

Que contrasta con la generalizada falta de empatía que entiende, o justifica, debido al desconocimiento:

E18: Si es que mientras que no te toca... A nivel individual, mientras que no te toque un hermano, un primo, un amigo... te la refanfinfla entrecomillas. No te duele. No es tu problema. "a mí esto no va conmigo". Ya cuando te toca...dices: "¡coño! ¿Qué hago ahora? ¿En qué puedo ayudar?".

Aunque comprende la imagen social que se asociaba al drogodependiente como delincuente:

E18: Como un monstruo no. Pero como alguien de muy poco fiar sí. Y tienen razón. Tienen mucha razón. No somos nosotros mismos.

Un ser no ellos mismo a causa de la necesidad que les desdibuja y les obliga a llevar una "mala vida" autodestructiva:

E18: Es un poco de dolor físico y psíquico. Es que cuando tienes el mono, el famoso mono, te duelen las articulaciones, te duelen los tobillos, los codos, las rodillas, las muñecas, las articulaciones de los dedos... ¡el pelo! Te tocas el pelo y te duele. Que dicen que es imposible. Pues te duele. Entonces, eso, te hace espabilar y abrir los ojos... engañar al camello, robar... Te hace... (...)Lo pierdes tú. Tú mientes, tú robas... tú mismo. No necesitas a nadie. Uno mismo se hace el daño. Influido por la necesidad, ¿no? Pero nadie te manda ni te obliga. Hay gente que se mete la primera vez, se va a la montaña y se quita. Yo soy débil, me quedo y miento y robo. Tenía que haber tenido más valor y más capacidad de pensar: "me quito de en medio". Las primeras veces, en vez de consumir o delinquir, haberme ido a una comunidad. Eso es lo que tenía que haber hecho. Y no irme a una comunidad cuando ya tenía cuatro causas en el juzgado, mi familia arruinada, yo arruinado, todo el mundo preocupado... Ya era la última carta. ¡Menos mal! Estoy en ello, estoy en ello... Pero mientras que esté vivo no estoy libre.

No obstante y a efectos prácticos, la entrada en el ensayo ha sido un revulsivo en esa pugna personal con el consumo/exclusión:

E18: El proceso fue que un muchacho me captó en la calle y me dijo que fuera. No fui. Me volvió a ver y me dijo que fuera. No fui. Otra vez me vio y me dijo que fuera y no fui. Hasta que un día me montó en el coche y me llevó. (..) Yo le debo mucho. Pero mucho, mucho, mucho. Y mi familia también. Y al que se le ha ocurrido hacer este experimento. De verdad. Porque, yo, con la metadona seguía consumiendo en la calle. No robaba, no mentía porque no era lo mismo de antes: consumía 2.000 pesetas, 5.000 pesetas, como máxima al día. Pero había que buscar esas 5.000 pesetas.

E18: Al segundo año de estar en el PEPSA conseguí dejar consumir en la calle. Yo, estando en el PEPSA y poniéndome la inyección, cada quince días consumía 1.000 pesetas. Cada vez que iba a por hachís, compraba una paquetilla o dos. Y eso era cada dos o tres meses. Pero que me hacía pedazos. Porque yo no quería consumir.

E18: El tratamiento con metadona no te quita del todo pero te ayuda. Entrecomillas. Yo prefiero metadona a nada. Mil veces. Y mira que la metadona no me ayuda, no me deja hacer de cuerpo todo los días, me hace incluso daño... nueve o diez días sin poder hacer mis necesidades y cuando voy bufff.... Me da repelús. Te haces pedazos. La metadona, hay que tener cuidado con ella. De verdad.

E18: Siempre que utilizaran las herramientas que yo utilizo en el PEPSA. Yo estoy hablando de utilizar diacetilmorfina, eh. Antes me ponía 260, ahora me pongo 125. Y dentro de nada 90, o 50. Y no me saldré por miedo. Pero si pudiera me saldría. Y me tomaría por las mañanas un cola cao. Y ya está. No una inyección. Más grande o más chica.

Y si bien es un recurso, como ya hemos dicho muy particular y muy específico, que le ayuda a reducir el daño y controlar el consumo:

E18 La diacetilmorfina es muy, muy fácil hacer lo que estoy haciendo yo. Llevar una vida, entrecomillas, es bastante fácil. A poco que te empeñes. Tienes cubierto que no te duelen los pies y... que no piensas en consumir. Yo no pienso en consumir.

E18: Pues en la calle eran 100.000 pesetas o todo lo que tenía y más. Y me hacía mucho daño a nivel físico y mental. Y ahora consumo dos inyecciones al día y no me hace daño ni a nivel físico ni a nivel mental. ¡Fíjate la diferencia! Y, encima, estoy equilibrado emocionalmente. Ya no tengo la llantera que tenía antes.

E18: Para mí, el PEPSA, es un hospital. Y lo que yo consumo no es droga, es un medicamento. Es que sin querer...Yo no me coloco. Yo me pongo una inyección y no me coloco. Bueno, me puedo colocar ocho minutos. Ocho minutos en los que puedo tener una ensoñación. Pero ya está. Si es que la droga no te trae nada bueno. A mí solamente me está ayudando, y no mucho, el PEPSA. Digo no mucho, porque últimamente estoy pensando en dejarlo. (...)Porque me gustaría volver a estar abstinente. Pero le tengo un miedo a la recaída.

Reconoce que es una cuestión personal y que subyace una compleja relación con la droga/sustancia donde los recursos son un apoyo puntual-capital que le pueden ayudar en su carrera personal:

E18: En los tratamientos, el enfermo tiene poca confianza de todo el mundo, del profesional, de la familia y hasta de él mismo.

E18: Porque con la edad que tengo, si volviera a recaer, no esperaría a estar otra vez preso, haber robado y mentado. No, no, no. automáticamente me iría al PEPSA. Lo tengo clarísimo. Pero y si tardan en ingresarme quince días o un mes... Es que no quiero arriesgarme a tener otra vez... Y como soy débil porque me lo he demostrado porque en mi vida he recaído en cinco ocasiones. O sea que no han sido ni una ni dos... Una vez estuve hasta cuatro años abstinente. Pero, ¡qué va!

E18: A mí un centro de estos me ayuda en el momento, pero cuando salgo, al año, el primer año, o el segundo, pero... a poco que me van muy bien o muy mal las cosas, recaigo. Entonces, todo tirado por medio, me vengo abajo y digo “no valgo para nada”, “me dan ganas de morirme”, “me quiero suicidar”... “porque he vuelto a fracasar después del esfuerzo que he hecho y he ilusionado a mi

familia y todo el mundo diciendo ¡Hostias, lo has conseguido!"... Y de pronto: "¡Catapum! F que la ha vuelto a liar". Decepcionas a todo el mundo. Nadie cree en ti, ni tu madre, ni nadie. Aunque llevo quince años abstinente. Bueno, "abstinente", con el medicamento.

Por ejemplo, la recaída:

E18: La recaída es el infierno otra vez. Otra vez me decepciono, decepciono a todo el mundo, otra vez en vez de levantarme y sonreír te levantas y te quieres morir, y lo que quieres es un "pico" de mierda.

O el enganche:

E18: El enganche contrae muchos problemas: psíquicos, físicos, emocionales, laborales, sociales, familiares... por donde lo mires es mierda. El consumo tiene de bueno el principio: un año, medio año, dos años con suerte. Todo lo demás es mierda. Es que no vale la pena engancharse en la droga, ¡coño! Si es que te pones a sopesar y el beneficio es nada y el perjuicio es grandísimo.

Del que pone un ejemplo haciendo referencia a esa subcultura, mundillo y parafernalia con un cierto tono de melancolía a la "vidilla" y de rechazo -una especie de "me da y me quita"- hacia el barrio como cristalización física de esa subcultura marginal vivida del que es muy difícil desengancharse, independientemente del tratamiento o itinerario terapéutico seleccionado:

E18: Y luego, aparte, pues ir al barrio y ver a la puta esta, al cabrón aquel, al chorizo este, tener cuidado de que no se te acerquen por la espalda, el no confiar en nadie... (...)No la quiero ni para mí ni para nadie. Son barrios marginales y, pobrecitos, bastante tienen con tener que vivir ese estilo de vida... que, que pobre... ni una biblioteca, ni un teatro... ¡Qué lástima saber lo que se pierden! (...) ¡Menuda papeleta! Criaturas sin dientes, hechas polvo y desesperadas. Pobrecitos. Pobres almas. Pobrecillos de verdad. ¡Qué mal lo pasan! Porque sé cómo se pasa porque lo he vivido en mis carnes. Sólo en una escalera, lleno de pinchazos de mierda, con olor a pipí, a orina y limón... ¡Pfff! Nadie se te acerca. Y si se te acerca es para robarte o para engañarte o utilizarte...

E18: Yo intentaría ir a una comunidad y hacerlo de la forma más natural posible. Deshabituarme e intentar estar abstinente en la calle. Pero es que es tan imposible. Porque los amigos te recuerdan, el sitio te recuerda, tu casa tu recuerda, todo te recuerda. Todo te dice "no pasa nada". Y te autoengañas. Y como no tengas experiencia la pringas en la primera por falta de experiencia y por novato. Ya la segunda y la tercera es otra historia. La pringas también pero ya sabes dónde te metes. Pero ya casi tiras la toalla, ya dices "da igual. Soy un fracasado. No voy a salir de esto".

Y donde la confianza y el apoyo son clave para salir de esas espirales negativas:

E18: Pues día a día. Y poniéndote muy pequeñas metas. Y llevándolo a cabo. Y el día que no puedas, pues no rendirte. Decir: "bueno, hay días malos. Todo el mundo tiene días malos y semanas y meses malos. ¿Solo por eso me voy a abandonar y me voy a rendir?". Yo no me rindo, ¿sabes? Ya me he acostumbrado. Antes sí. Hace quince o veinte años yo decía "dios mío, por favor, que me acueste, me duerma y no me despierte. Que me muera. Que no me despierte" y cuando abría los ojos por la mañana decía "argh", y ya pensaba: "¿Pastillas? ¿Whisky? ¿Lo mezclo todo y me suicido? No, hombre, no. ¿Y mi madre? ¿Y mi hermana?"... Es diferente que te duermas y te mueras a suicidarte. Muy distinto. Y hoy por hoy no me quiero morir. Quiero estar lo máximo posible. Eso sí, intentando no hacer daño a nadie. A mí la de la frutería me da fruta. En vez de tirarla, la que está fea, me la da.

Tengo frutas de todas clases, vitaminas gratis. El pescadero me da pescado... Es decir, sin trabajar me he buscado la forma de vivir sin hacer daño a nadie.

E18: El apoyo es muy importante. No sentirte solo es muy importante. Sentirte un poco amparado. Sentir que no estás solo es muy importante.

Y para la que nos deja una propuesta para el futuro: educación y alternativas como las herramientas preventivas más eficaces.

E18: Sí. Tendría que haber más educación. Y más alternativas. Pero no esperar para poner parches cuando ya está el problemón ya más que hecho y más que arraigado en un ser humano y en una familia, y en un pueblo, y en un barrio... en una sociedad. (...) tener mucha información. Mucha información y mucha información. Y medios para pequeñas soluciones: PEPSA, Comunidad... para que la gente tenga esa alternativa. Y que te ayuden de verdad.

C.2.Los colectivos de madres como experiencia política: la lucha anticarcelaria.

Como hemos dicho, el contacto con (el discurso de) este colectivo se produjo en una charla que dicha asociación dio en Madrid dentro de una campaña de visibilización de la misma asociación, de su lucha y de sus reivindicaciones. Por eso hemos de hacer una pequeña entrada de los objetivos y sentidos que ellas mismas establecen para estas charlas: un espacio en el que compartir los aprendizajes de su experiencia vital.

E19B: Dándole la vuelta a todo para que las charletas tengan que servir para... para aportar algo no para decir cansinamente cosas que ya todos y todas sabemos. Acabamos de estar haciendo cerca de 5000Km por toda... por todo el Estado, por toda la península o como la queráis llamar con el tema de la campaña de las N personas del colectivo y de fuera del colectivo procesadas en el caso de "X".

E19B: Empezamos la charla pues como a las 7 y acabamos, duró 3h la charla en Murcia. Y fue una charla de tomar nota. O sea, la gente quería tomar nota de las cosas que se estaban diciendo y preguntando como si fuéramos los mayores: preguntando qué cosas nos habían ido mal, qué cosas creíamos que se podían aportar. Y lo más importante: síntesis de ideas que habíamos tenido por el transcurso de la experiencia. Fue alucinante. Porque por una vez en una charla en vez de tener que estar soltando ideas huecas.

C.2.1. Dónde está la lucha: quién, cómo y por qué actuar.

A lo largo de la charla, las personas del colectivo van compartiendo con el auditorio sus experiencias. Aquí hemos querido organizarlas y destacar los aspectos más significativos para situar al desconocedor el sentido de la actividad de este colectivo. Sin duda, no es fácil situar una organización cuyo campo de reivindicación se sitúa dentro de la lucha anticarcelaria. Nosotros encontramos la justificación de ese interés ahí donde se cruza la

cuestión de la drogodependencia con la delincuencia, la enfermedad y la marginación. En especial, nos interesa conocer la visión de las familiares de las personas que se caracterizan por portar esos estigmas o factores de exclusión social.

Por ejemplo, nos gustaría destacar como primer rasgo la cuestión de la masa social que conforma el y apoya al colectivo. Sobre este aspecto nos dicen que, desde el principio, se han encontrado con dificultades para enganchar a la gente en su lucha particular, o bien porque los propios protagonistas o estaban encarcelados o muertos, o bien porque la otra parte del bosque les tenía por invisibles, reaccionarios o yonkis:

E19B: Pero no había una masa social. Porque la masa social era simplemente que éramos los del barrio. T entró con 72 robos con fuerza, mi hermano tenía de condena hasta el 2064 y eran todos chavalines. Mi hermano murió con 25 años en la cárcel. Pero sí que veíamos intuitivamente que por ahí podía salir. En el barrio pusieron carteles que éramos yonkis. La primera rueda de prensa que dimos dijimos que éramos reaccionarios porque reaccionábamos; y fuimos en pelotas a la Plaza del Obradoiro vestidos de la Justicia con unas balanzas hechas con unas cajas de galletas. [...] Éramos reaccionarios porque reaccionábamos. Entonces lo que sí había era un intento por nuestra parte de intentar conectar con esa otra esa otra parte del bosque y decir: “¡Eh! ¡Que estamos aquí!”, “¡Oye, ¿qué es eso de que lees un libro?”, “¿Pero qué es eso de lo de cocinar?”, “¿Pero por qué llevas esas pintas tío?”, “¡Ah! Pero, ¿sólo bebes esto?”. Era un constante intercambio de intentar hacerlo rápidamente. Pena que a nosotros se nos moría la gente demasiado rápido.

E19B: La masa social nuestra pues está ahora mismo en los cementerios.

Un escenario de urgencia que les hacía plantearse los métodos más eficaces para responder a esa necesidad detectada, planteándose acciones en un panorama que oscilaba ente la acción directa y la respuesta técnica.

E19B: El otro día nos preguntaron que por qué no éramos violentos. Hubo uno que preguntó que por qué no utilizábamos otros métodos y yo me levanté y fui junto al tipo y le dije, estaba hablando D, y como dijo que habíamos perdido los pleitos, “oye pues os habréis equivocado”. [...] Y dije: “¿cuál... qué otros métodos son?”. En aquel tiempo sí que hubo una idea de medio quemar la entrada de la cárcel de Coruña y hubo otra medio idea de alguna otra tontería más ahí pero se seguían muriendo y muriendo y muriendo.

Y por otra parte la respuesta técnica profesional:

E19B: Y vino un tipo que se llamaba M. con lo que yo traigo hoy aquí, una cámara de fotos, se entrevistó con nosotros y dijo una frase que a mi sigue siendo la frase de oposición... Se falo moito paro. Es que estoy contando batallitas... Eh...y dijo: “que ningún lugar desestructurado podría repararse por sí mismo. Que los sitios donde había exclusión y había tal, que necesitaba técnicos que vinieran a reparar. Y que por eso, querían contratarnos a nosotros”.

Sin embargo, al final ellos fueron buscando su propia respuesta, su propia lucha:

E19B: Yo creo que en aquel momento sin tener contacto con el mundo, como si estuviéramos en una pecera, nuestra actuación de respuesta fue autogestionada, intuitivamente. Nosotros le dijimos que no, que queríamos hacer todo el todo el curro por nosotros mismos y que no admitíamos que nos vinieran a contratar nadie.

E19B: Nosotros éramos la contra. Éramos los enanitos que queríamos hacerlo nosotros por nuestra parte. Y la reflexión va un poco por ahí: había gente que lo que ha hecho ha sido no venir desde el espacio exterior sino desde la propia, desde la propia realidad intentando acercarse a esos mundos.

Pues esa búsqueda de ese camino propio es un reflejo de propio origen y raíces, marcado por la estigmatización y la criminalización de sus demandas:

E19B: Es que somos potencialmente... Siempre se ha dicho desde las bases ideológicas: los que los propios sufren a veces acaban siendo explicados por los que no lo sufren. Entonces somos un no colectivo nacido de, sobre todo, de la absoluta violencia directa del Estado.

E19B: Nosotros estamos procesaos por decir “la Guardia Civil tortura y asesina” y AL1 ha estado 20.000 veces multao por decir exactamente lo mismo. Nuestra procedencia viene de un lugar muy determinado y el caldo de cultivo es muy distinto.

E19B: Para que os hagáis una idea de los expedientes: son 11250 ejecutorias que se han tramitado durante todos estos años. Lo hemos pesado uno de estos días y no coge una C15, ¿vale? Son 12 cestas de estas del pan llenas hasta arriba de papeles, de gente y cada una de ellas tiene su nombre, apellidos, su carta, su ejecución, su sentencia y su rollo.

Recomendamos la lectura del material recogido, por la cantidad de juegos de palabras y dobles sentidos que algunos de los asistentes despliegan, para visualizar, de forma más pausada y completa, la complejidad del recorrido que hacen ciertos colectivos y comprender la variedad de acciones que desarrollan en el ámbito del apoyo mutuo y que van en consonancia con su identidad:

E19B: Tenemos una asesoría jurídica universal y gratuita, donde no existe el rol del abogado sino que se atiende a la gente y se le intenta explicar al personal cómo llegas a una conclusión de cómo declarar, cuál es el proceso y toda la cuestión. Hay un grupo de contacto con gente que está ahí en el talego para decirle la chachi, hablar con su familia. Y luego un grupo de familiares que por eso nos hemos transformado el nombre del colectivo y nos llamamos colectivo Nais porque en realidad es una cuestión afectiva, no una cuestión ideológica.

E19B: Tenemos un proyecto de reactivar las visitas pero de una forma diferente. O sea, por eso estamos ahí a ver si somos capaces de organizarnos bien. Porque la idea que hay es que si se empieza la visita de un preso, debe acabar cuando acabe la condena. Esa es nuestra [idea]: cuando acabe la condena. Intentar evitar que, de repente, venga alguien, se caliente y diga: “bueno yo voy a ver estar semana, le pongo la dirección de mi casa, luego se me hará por echarme a costa rica o a por manzanas a Italia” y se queda la persona tirada. O es la idea que tenemos ahora. Es una especie de compromiso de tú estás dentro, yo estoy fuera. Hasta ahora ese ha sido siempre nuestro compromiso. T. que se echó 17 años preso, de los 17 años, yo le escribí 15.

Una identidad marcada por un cierto estilo reflexivo o retranca,

E19B: Hemos dado una charla en Pontedeume que era “Fe, esperanza y caridad” que es un cuadro del Greco. Y les dije: “la Fe es un concepto que no es religioso es metafilosófico. La esperanza es algo que requieren las personas para pelear”. Y si es desde una ideología, mejor. Y la caridad como decía Juan XXIII no es justicia, pero sustitúyela ideológicamente. Apoyo mutuo decía Kropotkin. Se puede utilizar el que sea. Es que resulta que los libros nos los leímos. Pero esos libros están vacíos si no hay un punto de partida común que es el que tenemos con esta gente.

E19B: en Galicia hablamos con una cierta retranca y con una cierta provocación e ironía. Pero, con eso intentamos con eso llegar al... Es una retórica, para llegar al núcleo de lo que pretendemos decir para que se sepa expresamente cuál es el sentimiento.

C.2.2. La cárcel no es una herramienta terapéutica:

Nos gustaría destacar dos aspectos que pensamos centrales para entender la razón de existencia de este colectivo. El primero de ellos se encuadra en el espacio de la reivindicación política y es aquel que, en clave de denuncia, intenta que el testimonio de las personas presas y de sus familiares no quede silenciado y se conozca lo que pasa en el interior de esos recintos. Como ejemplo, las propias madres comparten, viva voce, su relato de lo vivido:

E19A: No quiero tampoco que mi hijo quede como un héroe porque no era un héroe. Era uno más. Uno de tanto presos que han quedado por el camino. Que siguen quedando por el camino. Que no hace falta poner ideología a la gente, ni etiquetas. Que tenemos que tener claro que los que están en la cárcel son seres humanos. Y todos son iguales. Y todos luchan. Porque el que no lucha y está dormido con tranqumazines o con drogas, bastante tiene. Eso también es una lucha. A mí, yo qué sé. Cuando se habla de política a mí eso me hace daño porque a mí sí me importa el ser humano. A mí me importa la gente que está ahí dentro. Y que las cárceles, vuelvo a repetir y lo repito siempre: son centros de exterminio. Son centros de tortura. Y eso tiene que desaparecer.

E19A: A mí me ha tocado vivirlo en el hospital. Y si en un hospital yo como madre y los compañeros hemos visto lo que han hecho con mi hijo paralizado y esposado al somier de la cama, ¿qué es lo que no harán en una cárcel? Que ahí no entra nadie, nadie ve. Nadie ve. Porque a veces ni permiten la entrada a los abogados. Porque, por ejemplo, aquí el compañero quería ir mañana a Salamanca a ver a X y el domingo no puede ir. O sea, quiero decir que hay una serie de normas que...

E19A: Si estoy diciendo que son cómplices en el hospital imagínate ahí. Tarrío paralizado con la boca torcida y el brazo que lo tenía que hacer así. Tuve que aporrear la, la, la puerta yo en la cárcel porque él no se daba cuenta al no tener espejo y no tener nada, tú sabes cómo funciona... No se daba cuenta que tenía la boca torcida. Y aporreé la puerta y viene éste me dice: “¿por qué aporrea usted la puerta?”. Y yo: “¿pero usted no ve cómo está mi hijo? Es que necesita un médico”. Y me dice: “ah, su hijo es mayor de edad nosotros no podemos hacer nada”. O sea, te sientes impotente porque tú quieres ayudar a tu hijo porque sabes que ahí hay algo grave pero Tarrío no se da cuenta... Dice que le duele el brazo, de hecho el brazo ya estaba sin fuerza pero nada, le dan por dos veces una aspirina porque dicen que es la gripe. Pero qué coño gripe si ya se veía que no era la gripe. Y cuando su madre pide los papeles médicos para entrar en juicio; que de hecho se hizo pero perdí y se recurrió y se perdió también... Para tener los certificados médicos, la cárcel me contesta y me dice que no me los va a dar y yo: “¿cómo no me los van a dar? Eso es de mi hijo y me pertenecen a mí”. Todo el

papeleo... no: “si quiere denuncie usted por lo penal”. ¿Por qué te dicen así? Porque saben que eres pobre, que no tienes un puto duro y que no vas a denunciar porque, joder, encima pierdes y te llevan lo que no tienes y tienes que pedir. Tienes que pedir, porque yo, fíjate tú, para pagar incluso al médico.

E19A: No podemos cerrar los ojos. Las cárceles son centros de exterminio. No sólo con los presos, sino con las familias. Matan a los presos. O sea: aquel preso que entra y que le queda algún buen sentimiento, acaban con él. Y el que es malo, sale más malo todavía. No he visto que ninguna cosa que salga... Ni un preso reinsertado de, de la cárcel. Y... y con las familias igual. O sea, yo era una persona que estaba fregando y estaba cantando y estaba... Ya no soy la misma. Ni la cuarta parte. O sea ando... mm... Terrible.

C.2.3. El dolor y su gestión:

De ese primer aspecto se desliga el segundo de ellos: el dolor, el desgaste de la propia experiencia al estar al pie del cañón y la gestión de ese malestar. De nuevo, compartimos el propio diagnóstico y la descripción que hacen las protagonistas de esta realidad y su directa conexión con el hecho fundacional de la misma asociación:

E19A: Yo todavía sigo esperando... fijaros cómo estoy, que hasta parece que estoy riñendo. Parezco una dictadora. Porque estoy muy dañada dentro. Porque llevo años luchando. Y yo he visto cómo han torturado a mi hijo. No ya en la cárcel, sino en el hospital. Y éste... O sea, tengo 6 testigos. Aquí hay uno que puede decir cómo tenían a mi hijo. O sea los doctores me dicen que se muere y no me permiten estar con mi hijo ni darle de comer. Y lo tienen esposado al somier de una cama en un hospital. Es que esto es muy fuerte. Yo quisiera verles en una de las charlas a estos señores y que me digan a mí en la cara que no existen las torturas en España. Existen las torturas en España, dentro de las cárceles y salen de las cárceles para afuera y se llevan a los hospitales. Y los médicos cómplices. Porque los médicos ahí tenían que defender al paciente. Era un paciente y tenía sus derechos. No se me ha permitido. Sólo se me ha permitido estar con mi hijo todo el día y toda la noche cuando entra en coma. Cuando ya mi hijo no me escuchaba a mí y ni yo lo escuchaba a él. O sea, ha sido horroroso. Horroroso. Y, bueno, ya me voy yo también porque es que estoy... estoy... Me tenéis que perdonar, estoy... o sea, cada vez estoy... Fíjate que han pasado ya años y cada vez estoy más tocada. Dentro estoy llena de rabia y de... impotencia y de decepción. Porque es que nadie hace nada. Nadie me ha dado una explicación de por qué se permiten estas cosas.

E19A: Yo he entrado en una película de terror y todavía no he salido. Es que no he salido estoy completamente dañada con este tema que me ha tocado vivir. Yo hace poco fui al médico, hace tres meses y me dijo: “tienes que tomar medicamento porque te estás matando a ti misma”. Me levanté de la silla y dije: “usted no me puede pedir a mí que cierre los ojos”. Dije: “Home, ¿cómo usted me puede decir a mí que yo olvide cuando compañeros suyos en un hospital...? Yo no puedo olvidar esto porque no quiero olvidarme no quiero olvidarme de esto”. Entonces he rechazado el tratamiento pero me doy cuenta que estoy verdaderamente mal. Y no. No quiero olvidar. No quiero olvidar. A mi hijo ya no le pueden hacer más daño... Y, de hecho, lo siguen haciendo: han arrancado, otra vez, todo. Todo lo que se plantó. Pero bueno, ya no lloro por esto. El sitio donde se echaron las cenizas, ¿vale? Pero... no quiero olvidar. Yo no puedo olvidar porque hay hijos de otras madres ahí, presos. No podemos, por el hecho de que haya muerto mi hijo, no podemos cerrar los ojos a tanto sufrimiento y a tanto a tanto dolor.

Una reflexión, a caballo entre la indignación y la dignificación, que le empuja a plantearse el significado de la justicia.

E19A: Entonces no puedo entender que digan que hay Justicia. Justicia sólo de nombre, porque de hechos no hay ninguna. Ninguna. Y si tú haces algo pues ya ves: te condenan. Es lo que quieren. Lo que quieren y lo que pretenden es con estas denuncias es cerrarnos la boca. Que cojamos miedo y cerrar la boca.

Aunque eso no impide que continúen con su apoyo siempre que sea necesario y le pese a quien le pese:

E19A: Quiero decir desde que estamos denunciados hemos seguido estando apoyando a la madre. Y cada 12 de octubre mientras ellos rezan en la iglesia de Arteixo, nosotros estamos haciendo la concentración. Este año no se hizo porque la madre no se encontraba bien y dijo que no. Y este año ha quedado así. Nosotros queríamos hacerlo pero ella dijo que no y respetamos lo que la madre quiere.

Pues el objetivo final es continuar el apoyo, tanto hacia fuera como hacia adentro. De ahí que hayan decidido consolidarse en la asociación: para hacer explícito ese abrazo:

E19A: Y, bueno, el hecho de hacer la asociación Nais es como dijo aquí el compañero, es de venir de tantos años de lucha de presos y de todo esto, a raíz de que cada vez hay más chicos muertos. Entonces hemos decidido juntarnos las tres madres que hay, que de momento somos tres y alguna más que no ha tenido este problema pero que están ahí por solidaridad, porque lo sienten, como apoyo. Hemos decidido hacer esta asociación pues por lo menos para apoyarnos y darnos ese abrazo, darnos esa fuerza, en este momento.

Una práctica basada en la experiencia, en el estar ahí, de todas las madres:

*E19B: Yo quería comentar una cuestión. Porque, bueno, obviamente parecía que lo que estaba hablando era de antiguo y de cercano, por poner un ejemplo de lo que acabas de decir ahora. Para ver lo que puede ser el curro de nuestro colectivo que, en realidad, le llamamos colectivo por identificarlo frente al vacío, ¿no? Pero... Por ejemplo en el caso de X, eh... Hay una cosa ahí que es instintiva, que funciona desde siempre: que son las madres transfiriendo información, las madres están también en el colectivo y si le indicas el nombre de... del señor A.N. saben quién es. Y a pesar de que no aparecen en ninguna charla y tiene una transferencia, un canal de comunicación bestial. Ahora coincide que, bueno, estamos varia gente junta... pues L. vive en el quinto pino... ella en tal, E., C.... Hay un montón de madres que cada vez que hay una alerta... una cosa: eso ya pasaba de alguna otra forma en el barrio por cercanía. Pero así es, por lo menos desde mi óptica, lo más natural posible. Porque la información ya fluye entre las madres. Entonces, de repente hay un problema y se reactiva ese grupo de gente y se queda con la persona... para, para, bueno, para mirar cómo se puede enfocar. ¿Quién me pide ayuda? Las madres. (...)Es una red. Es una red que funciona multisectorialmente. Se ve como una especie de internet, eh. Intranet, eh: muy rápido. (...)Tenemos un grupo en el wh*tsapp y es una locura. O sea: tan pronto salta una alarma de que hay una... (...)Entonces lo estabas viendo en el telediario y te llega un wh*tsapp: “oye que cayó fulano que es el de marras”. Pues... [golpe de puño contra mano]: “ahí hay que estar”. Eso es lo que hacemos.*

Y del trabajo acumulado del y desde el colectivo, que va consolidando un saber hacer determinado:

E19B: ¿Qué cosa creo que se hace bastante guay? Que no hay la limitación de que de repente cuando se habla de lo jurídico que se va a un despacho de abogados a hablar de lo jurídico. Sino que todo el mundo tiene la capacidad para hacer preguntas jurídicas: “y la bola ¿cuándo te la dan?, ¿la hoja de liquidación de condena?, eh... ¿qué tienes otro marrón pendiente?”. Entonces, nosotros, de lo que nos encargamos con eso es analizar. Analizamos lo que está pasando y miramos la forma de poder sortear la... O sea, tenemos como recetas. Pues esta madre pues mira: “te vas a la delegación de Gobierno mañana te quedan dos días, le entregas este papel, hablas con los Ecos del Sur” -que son otra que son otro colectivo que esos son más que ponen ong ong... pero se activa. Se activan esos mecanismos que a veces parece bueee... “Ees la justicia. Yo con eso no quiero saber naaada”. No. Hay una serie de mecanismos que si los activas puedes conseguir un resultado.

E19B: Ese curro, intentamos que no haya una diferencia entre lo que son los juristas y las personas. Y luego la actuación: acompañar a la gente al juzgado, a presentar el escrito en su propio nombre, a hablar con el abogado de oficio y todo eso. Pero sobre todo es una cuestión de cabeza.

Un saber hacer con tanto recorrido que les permite, incluso, mirarlo con perspectiva y reírse de todo con anécdotas que han acumulado:

E19A: En Coruña la última vez que fui a ver a mi hijo, eh, me pasan por el control este que tienen alto y tal, llega uno que es uno de gafas no sé si lo conocéis... el cabrón no está... Y venga a pásamela. O sea: paso el control y no pita. Y paso bien pero el tío después de estar dentro, venga con el aparatito para aquí y para allá. ¿Cómo es que le llaman a esa cosa? Y venga dale que te pego. Y me cabreó y le digo yo: “¡Joder!, ¡deja de pasarme el aparato que no quiero que me pases el aparato!”. [Y él] “Señora estoy...”. [Y yo] “¡No!. ¡Si quieres magrear te vas a magrear a tu mujer! Pero a mí no me toques más con el aparato que te pongo una denuncia”. “Le puedo llamar una carcelera”, “pues que venga la carcelera. Pero a mí no me toques más”. Y el tío seguía.

E19A: El tío me miraba porque yo iba con las gambas al ajillo para Tarrío y llevaba una blusa (...). Eso sí: yo droga nunca le pase a mi hijo. Porque él sabía que a su madre no se la podía pedir tampoco droga. Yo siempre fui contra eso. Pero lo que es mayonesa hecha por su madre, gambas al ajillo, o bistecs empanaos que le encantaban... No veas tú: me salía la salsa por aquí y el olor, pobre de mí... con los bigotes... podría haber caído y haber sacado las cabezas y no se las saqué. Y eso picó toda la blusa, y bueno, me corría toda la grasa y el olor.... El tío claro que pasaba. Después me di cuenta cuando estaba con Tarrío arriba. O sea, con Tarrío y toda enfadada y me dijo “¿qué te pasó en la blusa?” Y digo yo: “¿pero qué me ha pasao?” Y cuando me veo, digo: “¡joder! Por eso es por lo que me pasaba la raqueta”. [Risas generalizadas] Y bueno, ahí veis a mi hijo lavando, lavando rápido en el wáter, me la pone a secar en las dos horas que estuve allí y tal... Pero bueno, esto sí que se ha disfrutado porque se ha comido. E iba como podía por debajo de aquí, por debajo de allá. Y los cruasanes los tengo comprados incluso en la cafetería y meterlos así... Y parecíamos pastoras, con las manos así para que no se vieran.

C.2.4. Os tempos son chegados: punto y seguido de una lucha transgeneracional.

Como señalamos, la lucha anticarcelaria es la pieza central de su filosofía y el apoyo mutuo la clave para abrirse paso en las luchas individuales de cada persona implicada. Aunque siempre partiendo de la base de que es una realidad que nos afecta a todos y de la que todas podemos tomar parte:

E19A: Y las cárceles tienen que desaparecer. Tenemos que tener claro que lo que hay dentro son personas, que nos preocupemos por la gente que está dentro y también por las familias. Yo debo decir que en el momento en que estuvo así mi hijo, viví, fueron 6 meses terribles. De querer, de querer acabar ya... hasta con mi vida. Y si no hubiera tenido a la gente de Coruña a mi lado en ese momento y otros luchando por toda España yo... no hubiera seguido. Porque ha sido desesperante la situación que he vivido.

E19A: Pero bueno, he sacado siempre fuerza de la gente que siempre ha estado ahí, que me ha apoyado, que siguen apoyándome y que aunque os parezca que vuelvo a repetir siempre lo mismo: aunque os parezca que no hacéis nada, si hacéis mucho. Solo por estar aquí, por la solidaridad, por el amor, por esos abrazos, por la compañía y por la lucha, hacéis muchísimo.

Y subrayando que es necesaria gente, quizás una nueva generación, comprometida y al pie del cañón que recoja el testigo que ellos mismos, las personas afectadas, han sostenido hasta la fecha:

E19B: Sino que está ahí, llevan siempre ahí. Son la renovación: tienen fuerza, tienen ideología, que es lo que nosotros necesitamos y, sobre todo, tienen futuro. (...) Pues nosotros estamos esperando ese día. Nosotros, al final, somos los sujetos de este problema. Somos las personas afectadas. Nosotros hemos llegado hasta aquí pero entendemos que los que tienen que continuar para delante son los que están llenos de esa ideología, de esa forma de esa forma de verlo y que no hay que tener ningún tipo de cortapisas para afrontar el problema. Nosotros saben que vamos a estar allí.

AL1: ¿Por qué el Ateneo Libertario Xosé Tarrío y por qué le vamos a llamar de esta manera? Por un lado porque Xosé Tarrío es un escritor anarquista y coruñés. Y es un ateneo de Coruña. Pero muchos de nosotros... bueno aparte de ser el hijo de A que también está en el Ateneo... Muchos de nosotros nos sentíamos con una pequeña cuenta pendiente con Xosé Tarrío. Un poco porque desde su última salida de la cárcel, o su penúltima más bien, lo conocimos y compartió militancia un poco con nosotros en el colectivo libertario... y vivimos su trayectoria final y nos sentíamos un poco... y queríamos en cierta manera realizarle este homenaje, ¿no? Y por eso decidimos este... Bueno, claro, lo consultamos con ellos y a ellos les pareció estupendo.

En unos tiempos en que los que estamos sobreinformados sobre las luchas sociales pero en los que se uno se avergüenza de visitar a las y los presos

*E19B: Y hemos pasado a saber quién era Mummia Abu Jamal o hacer una concentración por el whats*pp, pero que a uno le da vergüenza, como dice E19A, llevarle calzoncillos a la persona presa. Hemos pasado a eso.*

Por eso que hay que romper las barreras que separan a los libres de los presos y conocer la realidad de primera mano:

E19B: Pero yo os animo a que se rompa esa barrera y que se pueda ver una ayuda y una acción directa con los presos, con la gente que tiene problemas de drogodependencia y que no estemos delante del juzgado, como la última vez que pasó una concentración, que vino un compañero mío a pedir dinero, yo le di dinero y alguien en el bar me dijo "no le des eso que estás fomentando la limosna, la esmola. Tenemos que romper esas realidades y pasarse un poco de tiempo en las comisarías, en las UCIs, en los sitios de urgencias porque ahí es donde está, donde está el tomate.

Y pone como ejemplo:

E19B: Y para muestra, un botón: hace 3 días un compañero que estaba por Santiago que vino a visitarnos, ha fallecido y lo encontraron hace 3 días que se descubrió que estaba muerto pero llevaba 5 días en una pensión medio muerta en el en Santiago de Compostela. Hasta que ese tío no pueda estar integrado en un en un concepto más grande yo creo que poco se avanza.

O la reflexión de una Nais:

E19A: Yo cuando era más joven iba a llevarle bocadillos a los presos de la cárcel de Coruña. ¿Quién me iba a decir a mí que con el tiempo tendría que llevárselo a mi propio hijo?

De ahí que busquen la continuidad, para cubrir ese vacío y precariedad de este colectivo:

E19B: Creamos una fundación que se llama “Sernes quen Fer”. Mi familia donó lo único que tenía que era una casa en las afueras de Santiago y la estamos reconstruyendo. Tiene 200m² y es llevamos 40 días haciendo un tejado y poniéndole los tornillos para que dure 200 años. Tenemos un horno de pan, tenemos... Y la idea que hay es esa una cuestión de continuidad, una fundación. Eso ya no se puede vender, ya no se puede que... Queremos que la gente no sienta la precariedad de mañana los desalojan o que mañana desaparecemos como colectivo. ¿Si es un rollo de misionero? sí. Por eso somos de derechas. ¿Si es un rollo de militancia cuasi-religiosa? Sí. Por eso somos del Opus. ¿Que es un rollo de ayuda a desfavorecido? Sí. Por supuesto. Pero es que es como dijo el chaval de Murcia: “os tempos son chegados”¹³³. Se está produciendo esa ruptura flagrante de la sociedad.

¹³³ Himno de Galicia.

6.3. Discursos de la droga y sobre la droga: dibujando un escenario de referencia.

“Para poder construir esos discursos habremos de rastrear las huellas del proceso de producción en los textos, a través del análisis de los signos/símbolos/mitos/ideologías y relaciones de poder que se despliegan en dichos textos, que son contemplados en su entronque sociohistórico concreto. Los discursos están relacionados entre sí (dinámicamente), a través de vínculos complejos de competencia, subordinación, dominación, contraposición o conflicto”.

SERRANO, A., ZURDO, A., 2013: 115.

Asumir el fenómeno de la Droga desde la óptica de los discursos *sobre* la droga obliga a tomar una actitud que afronte este fenómeno como un hecho social complejo que desborda lógicas binarias de sí o no, blanco o negro, todo o nada, propias de un discurso *de* la droga, volcado hacia y proyectado desde sus definiciones y prescripciones, que intenta contener todo aspecto del par droga/drogodependencia dentro de sus propias fronteras.

Este saber estar es una respuesta situada, táctica y estratégicamente, tras comprobar la existencia de ciertos límites y restricciones a la hora de preguntar y responder en este territorio. Es por esto que nuestra práctica busca abrirse lo máximo posible para detectar, en ese espacio delimitado por los discursos de la droga, posicionamientos situados más allá, o en otro margen, de aquello que entendemos como respuestas conversas y perversas; definidas como tal al especificarse como reafirmación u oposición al marco impuesto por esos discursos *de* la droga: contestar a la pregunta, dentro de una lógica de poder, es una obligación del que responde ya que su tarea es, precisamente, la de responder (IBÁÑEZ, J., 1993: 132 e IBAÑEZ, J. en VILLASANTE, T., 2006: 168-172). Si esta tesis la trasladamos al centro/nodo del estado de la cuestión -qué es la Droga-: *¿quién pregunta y quién responde?*

En este panorama, la capacidad para poner en cuestión esas lógicas antagónicas dependerá de la habilidad para movernos a través de lo existente -la realidad *sobre* la droga determinada por el discurso *de* la droga- para visibilizar los contornos que este discurso delimita y comprobar *motu proprio* la plasticidad, o fragilidad, que son capaces de demostrar en nuestra actividad reflexiva. Este posicionamiento se alinea con unas determinadas prácticas cuestionadoras que encuentran su reflejo en la subversión y la reversión: prácticas basadas, respectivamente, en hacer una pregunta a la pregunta y una pregunta a la respuesta (IBÁÑEZ J., 1993: 125). Por esto, el *leitmotiv* de esta parte del análisis es generar un instrumento de análisis, desprovisto de todo tipo de imperativos o condicionamientos -

salvo los propios y los recogidos-, que permita dibujar un mapa descriptivo ajustado lo máximo posible a la realidad abordada y capaz de adaptarse tras nuevas aproximaciones.

Para comprender esto que decimos, hemos de recordar lo ya dicho con anterioridad en torno al recorrido descrito desde que comenzáramos los cursos de doctorado. Inicialmente se propuso identificar y analizar el discurso de los profesionales de la primera institución contactada pero, según avanzábamos, nos dimos cuenta que recoger estos discursos porque sí, como si de piezas de colección de un entomólogo se trataran, no tenía sentido. Era necesario incorporar este discurso dentro de una estructura más amplia que nos permitiese llegar a una mayor profundización de la complejidad inherente a un *indicador social* como es la droga. Tras este descubrimiento, que los discursos (y los actores que los emiten) no son estáticos sino que se construyen e interaccionan entre sí, nos inclinamos a entender este fenómeno como un espacio donde fluyen una serie de elaboraciones que se relacionan entre sí dando como resultado el significado, o suma de significados, que se tiene de dicho fenómeno.

Todo este proceso de reflexión e inflexión, tanto propia como ajena, confluye en la convicción de aportar una herramienta capaz de operar con los diferentes posicionamientos discursivos existentes en el estado de la cuestión en clave de análisis relacional. La intención es descifrar de qué manera interaccionan los diferentes sujetos y discursos que conviven en un espacio social determinado, o en otras palabras: saber de dónde surgen, cómo se posicionan y conocer el marco de acción que dibujan. Pero, ¿cómo hacerlo?

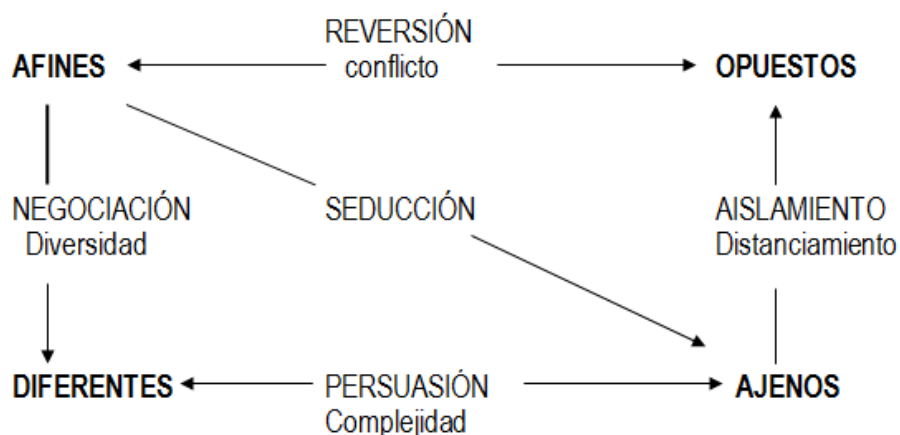
Durante el periodo de investigación hemos ahondado en la cuestión de las Metodologías Participativas, su validez y su aplicación como herramientas de investigación social. Esta profundización, ininterrumpida hasta la fecha, nos ha servido para comprender la necesidad y la importancia de complementar la investigación clásica, madurada o ya asentada, mayoritariamente cuantitativa y cualitativa, con determinadas herramientas centradas en el análisis del sistema de relaciones que establecen los sujetos-actores en torno o a causa de un hecho social. Pero, ¿cuáles son esas herramientas y cuál es su utilidad?

Si nos ceñimos a lo que ha sido la investigación, podemos servirnos de esta metodología para profundizar, desde un punto de vista técnico, en la complejidad que bulle en el interior de este hecho social. De esta forma podemos proyectar determinadas fotografías, estáticas y

subjetivas, fruto de los discursos captados, aparentemente siempre dinámicos, en una suerte de praxinoscopio y comprobar qué imágenes proyectan una vez que se ponen bajo la luz de nuestro aparato proyector. Así herramientas como el sociograma son útiles para entender a los sujetos como actores con diferentes status que interaccionan entre sí en un espacio social determinado consolidando un tipo u otro de relaciones de afinidad, tanto temática como ideológica; o no solo. Cada uno de estos sujetos-actores parte de una situación concreta que puede ser aislada a través de lo que dicen. A partir de aquí, podemos situar a estos actores dentro de un marco que recoja la complejidad, discursiva e interaccional, que nos sirva para abrírnos camino en esta problemática social.

El siguiente esquema que aquí presentamos, y que más adelante desarrollamos, ha sido un punto de apoyo fundamental para ubicar diferentes actores, y conjuntos de actores, existentes en torno a una cuestión social y definir unas determinadas relaciones a partir de tales posicionamientos.

Figura 7: Conjuntos de acción y Estrategias transversales.



Fuente: VILLASANTE, T., 2006: 378.

Este esquema obliga a comprender el discurso recogido dentro de un escenario más amplio que la propia caracterización estática o descriptiva que podamos dar a aquello que nos han transmitido. Es por esto que comenzar desde el punto de vista definido como hegemónico, o posición capaz de producir mayor afinidad, no sea un límite. Todo lo contrario. A través de éste, y mediante un juego de desdoblamiento e inflexión, obtenemos otras categorías que nos sirven como contraste a *lo que se dice* -discurso de la droga-. A partir de esta inferencia discursiva podemos trazar *“otros discursos que se oponen a, se diferencian de, y se*

complementan con lo que se está diciendo” (MONTANES, 2010: 19). De esta forma, aparte de identificar *lo que se está diciendo*, se abre la posibilidad de captar aquello que *se está no diciendo*, aquello que *no se está diciendo* y aquello que *no se está diciendo de lo que se está no diciendo* -discursos sobre la droga- (Ibíd.). Lo que conseguimos con ello, en palabras de Floch, es “*proyectar la categoría en un cuadrado semiótico, con el fin de tender la red de relaciones que organiza el microuniverso semántico representado por dicha categoría y reconocer las posiciones de sentido virtuales que una red de este tipo define*” (VALLÉS M. S., 2007: 378-381)¹³⁴.

Ahora: ¿cómo podemos llevar este instrumento a nuestra práctica concreta? La razón de utilizar este cuadro se debe a que dicho esquema nos sirve como herramienta visual para “*tratar de aproximarnos a la multiplicidad de sentidos que el uso del metro [Droga] puede tener para la gente*” (Ibíd.: 380). En nuestro caso particular se trataría de profundizar en esta realidad “consensuada” para comprobar la existencia, o no, de divergencias sobre la propia definición hegemónica -aquella que dice lo que es y lo que no es¹³⁵- que define qué sentidos y qué usos se le dan a la droga.

Como hemos visto en el estado de la cuestión, el discurso normativo apoyado por otros discursos presentes en la gama de documentos y respuestas institucionales es el que domina el panorama al que nos asomamos. El aparato legislativo, como instancia de poder y encarnado en un discurso con unos efectos prácticos concretos, delimita todo discurso (sobre la droga) al par legal/ilegal (ESCOHOTADO, 2002: 21) que caracteriza al discurso de la droga. Así establece como “equivalente general de valor” la definición del fenómeno que

134 Floch compone este cuadro a partir del estudio de los viajeros del metro, donde identificó dos tipos de estrategia: (estrategia de) creación de continuidad y de creación de discontinuidad. En ellas diferenciaba la actitud de los usuarios frente a su relación con el recorrido que hacían (la primera neutraliza los efectos del recorrido, mientras que la segunda se caracteriza por ser una actitud más atenta y abierta a lo que les rodea). A partir de estos dos términos, el autor, avanza tres tipos de relaciones (entre los términos categoriales iniciales y los términos surgidos de la negación de ellos), que serían: de contrariedad, de contradicción y de complementariedad. El resultado final de todo este proceso de elaboración sería la constitución de una tipología de usuarios del metro (*agrimensores, sonámbulos, callejeros, dinámicos*). En nuestro caso un apoyo sobre el que apoyarnos para profundizar en las elaboraciones discursivas que los sujetos hacen en torno al fenómeno de la droga.

135 Esta herramienta está basada en la aplicación del Tetralema a una cuestión/dilema donde existen dos posiciones que dominan la situación. A partir del eje Sí (lo uno)/ No (lo otro), podemos sacar otros puntos: Lo uno y lo otro (sí pero no), y Ni lo uno Ni lo otro (ni sí, ni no). Para una mayor profundización sobre el Tetralema, como la influencia del Método Transcend para la negociación del conflicto aportado por Johan Galtung, ver VILLASANTE, T., 2006: 162-172, 418-419 y VV.AA., 2012A: 174-182.

formula y que recorre a los actores que emiten discurso a partir de él y a las relaciones que se asientan entre actores en esa interacción¹³⁶. De esta manera los discursos y los consumos, como discursos puestos en práctica¹³⁷, se organizan en base a su posicionamiento a partir del marco que regula el juego social: *“si aplicamos el cuadro semiótico de Greimas, tendríamos, en relación a su legalidad, cuatro tipo de drogas: prescritas (fármacos), no prescritas (alcohol), proscritas (drogas llamadas <<duras>>); no proscritas (tabaco)”* (IBÁÑEZ, J. en VVAA, 1993: 127).

Así, este cuadro resume el escenario en el que creemos se encuadra la cuestión de la droga si partimos desde un punto de vista afín a esa visión hegemónica y que identificamos bajo la etiqueta de discurso *de* la droga. Hemos de decir que al analizar la visión dominante optamos por entender la “droga” a partir de la definición asentada en la sociedad de lo que entiende como tal -la droga como indicador social- a través de las imágenes/representaciones sociales que discurren en nuestra cultura. De ahí se desprende la visión en la que encuadramos a la droga como el producto de un corsé normativo (legal, ilegal, alegal) que el discurso médico, mayoritariamente, se encarga de enfocar (hacia y sobre lo biológico, lo psicológico, lo social) a la hora de concretarse en el plano práctico -el discurso *de* la droga como respuesta sociosanitaria-. Esto provoca que el debate se mantenga en dichos términos -dictados- y que todo discurso *sobre* la droga deba remitir a este cuadro. De esta forma creemos estar frente a una dinámica que consolida un marco de referencia -obligado- para todo posicionamiento que entre en contacto con esta realidad, o con intenciones de provocar una incidencia en materia.

De ahí el interés de sintetizar en un concepto, idea fuerza, dicha visión dominante: si conseguimos desplegarlo sobre sí mismo, podemos obtener ciertos posicionamientos donde situar planteamientos afines, contrarios, diferentes y opuestos a lo que desde esta posición se está diciendo. Esto es de fundamental interés si queremos conseguir entender el mapa donde nos movemos y no quedar aislados a la hora de poner en marcha transformaciones sociales (VILLASANTE, T., 2006: 378). Sin duda podemos encontrar otras nociones en torno a

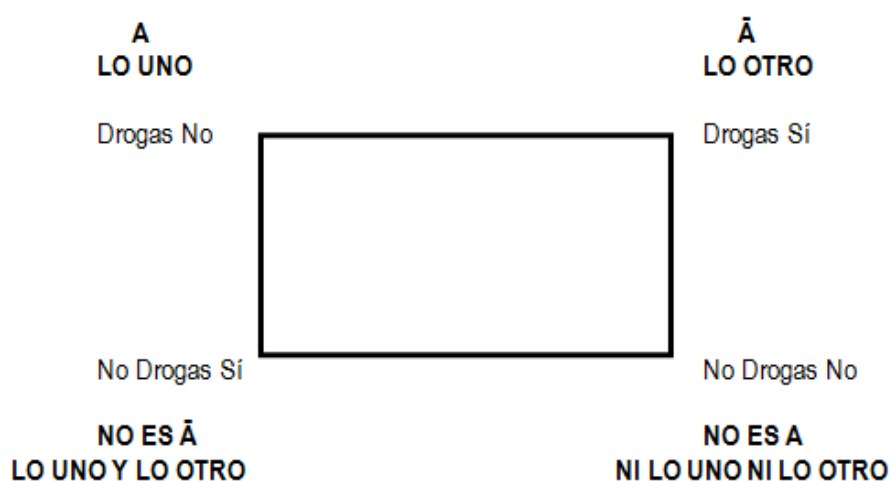
136 La droga como fetiche, símbolo y signo (IBÁÑEZ, J., en VV.AA., 1993: 123).

137 Concebimos tres niveles de re-producción de discurso: decir, hacer, pensar. Aunque los tres estadios forman parte de la puesta en acción de una actitud, ésta puede ser dicha o no (palabra), hecha o no (obra) y pensada o no (omisión).

las cuales generar diversas tipologías pero, aparte de reconocer la importancia de la clasificación que Jesús Ibáñez nos muestra, este marco nos interesa porque a través de él comprendemos la existencia de unos determinados discursos que circulan por el cuerpo social y que en su interacción configuran un determinado marco desde el cual se formula una definición específica del fenómeno de la Droga.

De esta manera, el siguiente tetralema es un esquema construido, *ex profeso*, para estructurar parte de esa complejidad discursiva detectada en el universo del fenómeno de la droga.

Figura 8: Tetralema de posiciones discursivas sobre la Droga



Fuente: elaboración propia a partir de VILLASANTE, T., 2006: 162-172, 418-419.

A partir de la delimitación del elemento¹³⁸ **A** podemos realizar diferentes operaciones (MONTAÑES, M., 2008), o giros semánticos, para conseguir tres posiciones que una vez delimitadas nos sirven para rodear este bloque y encuadrarlo en un espacio concreto:

¹³⁸ Señalar que las categorías que aquí marcamos son conjuntos ideales de los que nos servimos para poder “ordenar” toda esa información susceptible de ser recogida e incorporada a nuestro hacer. De ahí que, por ejemplo, las aportaciones hechas por los entrevistados que han participado en esta investigación no tienen por qué coincidir con exactitud con un perfil determinado. En realidades tan complejas como esta es necesario comprender que todos los sujetos, consciente o inconscientemente, revelan ciertas contradicciones a la hora de exponer su propio posicionamiento frente al tema en cuestión. O tal vez no tengamos ni el conocimiento ni la capacidad para hablar de una forma integral del auténtico significado que este fenómeno tiene en la sociedad(es). Si a esto le añadimos, por ejemplo, la existencia de dinámicas de conflicto de roles y la ambivalencia que ello genera en los sujetos, estamos obligados a anticiparnos a toda esta “polifonía” discursiva y cultural.

En el elemento **A**, etiquetado como “*Drogas No*”, encontramos todas esas iniciativas definidas por la importancia que este mensaje tiene dentro de su propia actividad, llegando a condensar en estas dos palabras todo un sistema de pensamiento que guía la acción¹³⁹. Este conjunto podemos caracterizarlo como el enfoque del no consumo. Este planteamiento subraya la definición de Droga como una realidad de enfermedad, explotación, adicción, riesgo y exclusión. Un discurso que tiene su origen en las décadas en las que surgió y se desarrolló el fenómeno de las drogas y que ha ido destilándose por diversas instituciones públicas, tanto ya existentes como creadas específicamente para ese propósito, que tuvieron que dar respuesta a este escenario de emergencia social. Se trataría de la Droga como un problema de Estado, de Salud Pública, a resolver por las autoridades pertinentes.

Los documentos -leyes, estrategias, glosarios, resoluciones, organigramas- que generan las diversas instituciones -Estados, Ministerios, Planes, Agencias, Organizaciones-, las campañas publicitarias que nos llegan por diferentes soportes, las explicaciones de los expertos, el relato de cómo han empapelado a un conocido por trapichear, el mantenimiento de ciertos estigmas y ciertas actitudes asociadas a los sujetos a los que se les identifica con esas marcas, el tratamiento sensacionalista de algunos programas de televisión... todos estos focos de información que tenemos ante nosotros se traducen en una serie de enunciados que nos permiten oír *lo que se está diciendo* acerca de lo que son las cosas: desde el narcotráfico hasta la prevención todo pasa por las diversas elaboraciones que los sujetos hacen a partir del marco que se nos ofrece para manejarnos en esta realidad social¹⁴⁰. De ahí se desliza la cuestión que provoca la necesidad de generar una cierta oposición: si esto es lo que se dice, ¿qué es lo que se está no diciendo?, ¿qué se no se está diciendo?, y ¿qué es lo indecible? Los tres elementos restantes plantean ciertas diferencias respecto al lineamiento que implica hablar desde el “*Drogas No*” al tiempo que sugieren la existencia de otras lecturas en este debate.

139 En este caso hemos querido servirnos del lema “*Drogas No*” que hizo famoso la FAD hace ya veinticinco años y que se situó como un referente en los medios y en las calles. Por ejemplo: “*FAD: Más de 25 años, más de 50 campañas*”. Reseña de la propia institución sobre una campaña que recoge sus más de veinticinco años en la sensibilización social. www.fad.es/exposicionescampanas. Consultada el 11 de enero de 2015.

140 En “*Fuentes de invención*” (IBÁÑEZ, J., 1985: 338), encontramos un apoyo para subrayar la importancia de esas fuentes menores que no suelen entrar dentro de los límites de las fuentes formales y por eso no suelen tener una consideración, o status, igual a estas últimas: “ir más allá de la sociología es también inventar fuentes de información”.

La posición más enfrentada a esta primera postura es aquella que identificamos como “*Drogas Sí*” (\bar{A}). Esta categoría es una oposición frontal con el conjunto anterior en la que se sitúan todas aquellas elaboraciones que rechazan los principales presupuestos acordados. Contradictoriamente, encontramos elaboraciones que defenderían la necesidad de la existencia de la Droga entendida tal y como viene definida por **A** debido a los beneficios que, directa o indirectamente, genera o encuentran en dicho marco y en su mantenimiento. Un ejemplo concreto de este argumento sería el narcotraficante que obtiene un beneficio directo por el marco de ilegalidad en el que se inscriben ciertas sustancias¹⁴¹. O el beneficio del Estado que recauda en impuestos sobre esas sustancias legales. Pero, por otra parte, nos preguntamos si este discurso se encuentra, de una forma más o menos consciente, en espacios, acciones y documentos formales ya situados en el espectro de *Drogas No*. Aquí podríamos situar determinadas prácticas asistencialistas centradas más en la gestión y mantenimiento del problema¹⁴² que en su propia solución pues es a través de esta realidad conflictiva donde se encuentra su razón de ser —el objeto social de su acción—. Ejemplos que plantean la necesidad de constituir categorías en las que anclar prácticas y discursos que pueden mostrar ciertas lógicas con un impacto social, intencionado o no, que refuerzan ese marco que contiene al fenómeno de la droga dentro de los márgenes del discurso *de la droga*. De esta forma buscamos seguir abriéndonos paso por este panorama sin detenernos en la contradicción, sino identificándola(s) como nudo crítico a seccionar para ver qué provoca esa multiplicidad enfrentada. Pero para eso es necesario seguir desarrollando el mapa de posiciones discursivas.

Quizás como fruto de la maduración de determinados planteamientos existentes en el elemento \bar{A} , o por reacción al marco que éste define al “contestar” a **A**, vemos emerger otros dos posicionamientos restantes: **no A** y **no \bar{A}** . Ambos elementos se encuentran en una posición apartada tanto de *lo uno* (**A**) como de *lo otro* (\bar{A}), pero la relación que mantienen entre ellos marca, triangula, sus posiciones frente al tema en cuestión: aceptar o no, o en

141 “El Messi del hachís”: www.elmundo.es/cronica/2015/06/14/557bf77922601dbe408b4570.html. Consultada el 18 de junio de 2015.

142 Un relato incluido en nuestro particular diario de campo personal es el que nos comentó un amigo que trabajó durante un tiempo en una asociación que gestionaba un servicio de rehabilitación de jóvenes con problemas de drogodependencias. Nuestro informante, anónimo, nos dijo que se llegaba a retrasar algunos meses el alta de los internos para poder seguir recibiendo la subvención que percibían por ellos anteponiendo el beneficio económico derivado de la implementación de un servicio al propio beneficio del itinerario terapéutico.

qué cantidad, el marco impuesto por **A**. E incluso desbordarlo si son capaces de hacer emerger nuevos puntos a la hora de afrontar el debate.

Si nos asomamos a caracterizar **no \bar{A}** -“*No Drogas Sí*”-, encontraremos, evidentemente, posicionamientos que se consideran como diferentes a la hora de entender el fenómeno de la droga. Si bien no comulga con la radicalidad que plantea **A** (*Drogas No*) en su lineamiento, tampoco comparte en su totalidad la forma en la cual \bar{A} recorta el radio de acción (*Drogas Sí*) a la hora de comprender la complejidad del fenómeno. Por eso en esta categoría incluimos esas lecturas que no aceptan un marco de desregulación y de “todo vale” pero que, al mismo tiempo, no encuentran todas las respuestas dentro de la síntesis-lemma “*Drogas No*”. De esta forma podemos agrupar determinados planteamientos emergentes que marcan ciertos límites a las concepciones asentadas y maduras. De ahí que entendamos, en términos de Jesús Ibáñez, esta posición como *una pregunta a la(s) respuesta(s)*: pues se plantea cuál es el margen posible que permite la respuesta surgida de la pugna antagónica entre visiones como **A** y \bar{A} .

Un ejemplo concreto en el cual encarnar esta posición, y bajar a tierra el análisis, puede ser la postura que defiende la necesidad de un debate en torno a la legalización, despenalización, regulación, fiscalización de determinadas sustancias: un abanico que se mueve entre aquellos que abogan por una desregulación total y otros que si bien creen excesiva la respuesta o la restricción que se toma con algunas de ellas ven necesaria la existencia de ciertos mecanismos de control que garanticen un mínimo de seguridad para el aprovechamiento del principio activo de esa sustancia y su consumo. Siguiendo con los ejemplos concretos de grupos o colectivos que nutren de argumentos a esta parte del cuadro a través de sus reivindicaciones, podemos situar en esta parte la realidad de los clubs de fumadores que en este último lustro están surgiendo en España¹⁴³, o las investigaciones sobre usos terapéuticos de sustancias definidas como drogas¹⁴⁴.

143 El crecimiento exponencial que están teniendo estos clubs/asociaciones nos indica que es un fenómeno del que tenemos que estar pendientes pues tanto su mera existencia como el trabajo de algunas de ellas están poniendo a prueba el marco actual sobre drogodependencias. www.rtve.es/noticias/20141230/navarra-legaliza-uso-del-cannabis-clubes-consumidores/1076522.shtml?ext=SM_FB_NOTICIAS. Consultada el 30 de diciembre de 2014.

144 En este caso podemos ver emerger el debate en torno al diálogo entre disciplinas como pueden ser la ciencia bioquímica y la jurisprudencia. Además podemos encontrar determinados puntos de fuga que nos invitan

En último lugar, faltaría delimitar el elemento **no A**. Esta categoría, anclada en la lógica del *ni sí, ni no*, marca una diferencia respecto de **A** y **Ā** a la hora de posicionarse frente a la definición de “droga”. Si bien podría etiquetarse como ajenas a aquellas personas que no participan o no están al tanto del debate, utilizamos este término para dar cabida a esos posicionamientos que poseen una reversividad potencial tal en sus planteamientos que permiten hacer *una pregunta a la pregunta* y buscar la significación profunda de las definiciones al uso o dominantes. En esta postura, situada entre lo marginal y lo emergente, encontramos esas argumentaciones que pueden no estar ni siquiera contempladas en el marco general de debate, pues ellas mismas consideran necesario subrayar otros aspectos de los que vienen prescritos por **A** y su opuesto natural **Ā**. En esta posición podemos encontrar concepciones que evitan relacionar al concepto “droga” determinadas sustancias o usos de determinadas herramientas como “drogodependencia”.

Quizás debamos aclarar que si bien en estos grupos podemos encontrar multitud de posiciones, pues entrarían todas esas posturas que ni siquiera conocemos todavía, tampoco queremos hacer de nuestras categorías cajones de sastre, o tiendas de los horrores, en las que encontrar cualquier cosa. Es importante señalar esto porque algunas cosmovisiones que podríamos situar dentro del espacio que les hemos asignado es posible que planteen determinados presupuestos que desde nuestra experiencia particular, subjetiva, etnocéntrica, podríamos interpretarlos como desacertados, extraños, de otra época o no válidos. Pero si aceptamos recoger las aportaciones como fragmentos o ítems de un discurso, ¿qué potencial de reflexión poseen éstos a la hora de ampliar los horizontes del marco en el que se sitúa el debate general sobre las drogas?

Como ya hemos señalado, apostamos por un hacer lo más inclusivo e incluyente que nos sea posible para así poder afrontar de forma abierta, en 360 grados, la ambiciosa tarea de acotar el vasto panorama de la droga/drogodependencia. El cuadro presentado es un ejemplo, o una excusa de la necesidad de comprender este tipo de herramienta/producto como el resultado de una actividad intelectual-artesanal cuya materia prima son los registros recabados por el sujeto investigador durante su actividad. No obstante, creemos haber

a plantearnos el significado de la transdisciplinaridad a la hora de generar nuevas formas de conocimiento más allá de los estándares actuales y con una vocación de impacto en el medio social.

obtenido en nuestra tarea para dar forma a esta investigación un producto definido que nos permite sentar las bases para una investigación sociológica de largo recorrido.

6.4. Frente al análisis de discurso, un posicionamiento discursivo (II): Tres cuadros a modo de síntesis y complejización para abrir y cerrar espacios desde la praxis.

A modo de ejercicio práctico y como resultado del despliegue del análisis del sistema de discursos que se plantea en el apartado anterior, presentamos tres cuadros que pretenden sintetizar tres dimensiones o cuestiones relevantes encontradas a lo largo del desarrollo de la investigación. Estos productos tratan de dibujar una serie de coordenadas y puntos sobre los que fijar determinadas partículas discursivas que condensan un valor relevante en relación a los posicionamientos representativos y aproximaciones existentes en este espacio.

La elección de las palabras ejercicio, resultado y producto para nominar a estos cuadros responde a la intención de subrayar el carácter operativo, temporal y en permanente construcción de las herramientas y esquemas interpretativos que manejamos. La cuestión de la artesanía intelectual es una constante en esta investigación y es en estos materiales donde más se percibe ese rasgo o esa forma de hacer. Y también donde más expuestos quedamos. Quizás por esa razón aclaramos que estos cuadros más que una síntesis visionaria del fenómeno en cuestión son un estímulo, una invitación a que la persona investigadora pruebe a desarrollar estos multilemas en su actividad analítica y reflexiva como una herramienta válida para estructurar y canalizar las posibles relaciones entre teoría(s) y práctica(s).

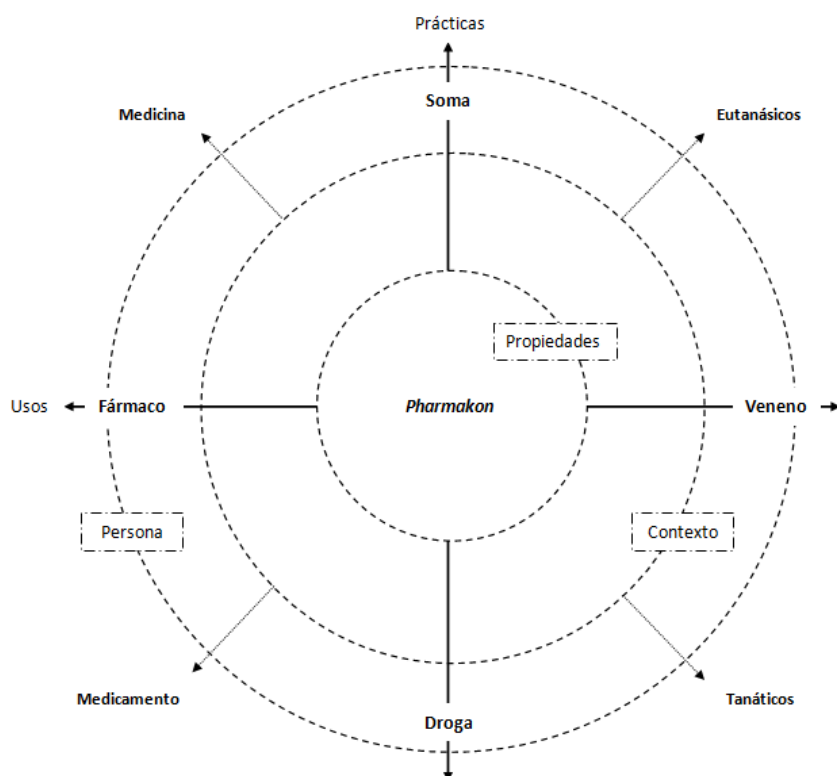
Estos tres cuadros abordan, respectiva y sucesivamente, el debate terminológico sobre la droga (I), la concreción de la respuesta asistencial hegemónica (II) y la cuestión del problema y solución de la drogodependencia desde sus imágenes y discursos (III).

I: El debate terminológico sobre la droga.

Este primer cuadro es un producto sociológico que condensa el esfuerzo teórico surgido de la necesidad de aclarar desde un punto de vista terminológico, y no solo, lo que es la Droga. En ese proceso de búsqueda, de aprendizaje, de problematización, hemos podido recoger diferentes definiciones, de naturaleza diversa, que intentan, con mayor o menor capacidad, establecer una noción reconocible, para sí o para los demás, de lo que es este fenómeno. Este cuadro intenta ofrecer un panorama de ciertas categorías que pueda establecer un marco de referencia para estructurar un debate en este territorio.

Para guiar la comprensión de este material, proponemos una lectura del cuadro que comience visibilizando el elemento central desde el cual trazamos los dos ejes y situamos los diferentes conceptos concomitantes. El punto desde el cual se despliega este esquema interpretativo es el concepto *Pharmakon* al que ya se ha hecho referencia con anterioridad. Una de nuestras principales tesis es que el concepto de Droga, tal y como viene construido históricamente y dado, es una restricción más allá de lo terminológico que reconduce toda expresión en esta y sobre esta realidad por un filtro definido por los efectos negativos producidos por las sustancias que entran, en menor o mayor medida, dentro de esta categoría *-discurso de la droga-*. De ahí que la clave para servirnos de este concepto sea que al recoger tanto la dimensión positiva como negativa de una sustancia, en su principio activo, su dosis y su uso, se nos abra la posibilidad de abrir múltiples direcciones sobre las que ordenar la complejidad discursiva en eso que se llama realidad de las drogodependencias *–o discursos sobre la droga-*.

Figura 9: Cuadro de posicionamientos terminológicos sobre la Droga



Fuente: Elaboración propia.

Los dos ejes identificados como Usos y Prácticas marcan, en sus extremos, los valores negativos y positivos que podemos asociar a una sustancia X, en particular, y a la propia noción/discusión en términos generales. La línea horizontal define desde un punto de vista médico, biológico, botánico, farmacopólico las posibles aplicaciones de estas sustancias en función de sus características. De tal forma en el lema de *Fármaco* se posicionan los rasgos positivos o terapéuticos que posee una sustancia, mientras que del lado derecho encontramos en la etiqueta de *Veneno* todos esos sustancias/prácticas/efectos contraindicados, como la intoxicación, asociados a su administración.

En el eje vertical se posicionan las diferentes formas en las cuales las personas orientan estas sustancias en sus prácticas o usos sociales. Aquí caracterizamos como *Droga* todos esos rasgos o elementos negativos que se asocian a un consumo y que solemos identificar como la realidad de las drogodependencias -o *discursos de la droga*-. Como conjunto opuesto, pero al mismo tiempo complementario, proponemos el concepto de *Soma* para referirnos y situar esas nociones y prácticas que buscan en ciertos consumos un determinado, o relativo, bienestar.

El resultado del cruce de estos ejes sería la aparición de cuatro conceptos híbridos y determinados por las elaboraciones sociales y prácticas individuales. Para ajustar la forma en la cual fijamos estos términos, proponemos tres áreas que rodean al concepto central y que aportan otros indicadores para contextualizar estos usos y prácticas. Estas dimensiones - *Propiedades, Contexto, Persona*- las podemos encontrar en cualquier discurso técnico o metodología orientada a dar una explicación, definición o respuesta en este tema. Es en estos campos donde se configuran las diferentes nociones que determinan qué son esas sustancias, consumos y prácticas; o al menos cristalizan desde un punto de vista discursivo.

Los cuatro conceptos propuestos -*Medicina, Medicamento, Eutanáticos, Tanáticos*- se mueven en una horquilla que se encuentra entre lo ideal de la producción teórica y la realidad de las prácticas observadas dentro y fuera de la investigación. De esta forma y siguiendo la línea de este ejercicio, los conceptos presentes son una herramienta para poder movernos en la complejidad que podamos constatar que existe. No pensamos que existan como valores puros, ya sea como sustancia o como consumo, que sirvan como filtro explicativo, pero sí pueden operar como puntos visibles en los que radicar esas prácticas que fluyen por el espacio social y facilitarnos nuestra tarea. Así, no creemos que exista una sustancia que elimine los malos pensamientos u otra que se haya creado específicamente para que una persona se dañe o acabe con su vida, pero lo que sí creemos es que tras estos conceptos se pueden encontrar nociones y usos no cristalizados, definidos o comprendidos. De esta manera, tenemos cuatro espacios en los que situar prácticas, características y sustancias. Un marco más amplio que una oposición binaria que permita profundizar en la polisemia asociada al concepto de Droga que nos vamos a encontrar a la hora de desarrollar una investigación en este campo.

El ejemplo paradigmático con el que nos hemos encontrado es el conjunto heroína-droga¹⁴⁵/diacetilmorfina-medicamento. Si bien es cierto que no es la única sustancia sometida a un debate profundo sobre lo que es, nos pareció revelador encontrar diferentes posturas acerca de lo que es la heroína. Esta sustancia puede saturar, con las definiciones que se manejan en el espacio social, las cuatro categorías que hemos delimitado. De esta

145 La heroína como droga presenta varias formas: sola y variando su cantidad de pureza o mezclada con otras sustancias como en el caso del *speedball*. Por ese motivo preferimos usar esta etiqueta aunque bien podrían usarse otras más del argot de la calle.

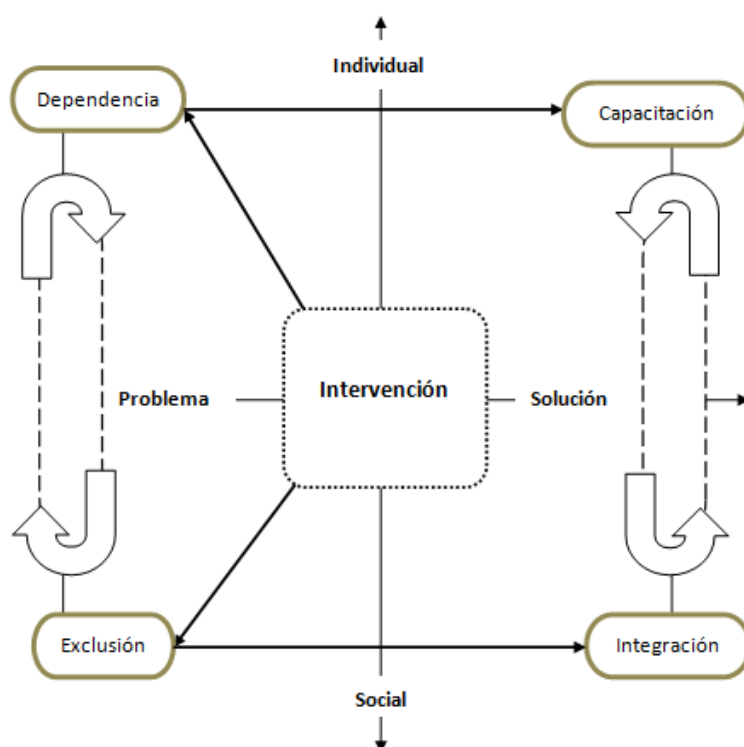
forma, el carácter más eutanático lo encontramos en ciertos discursos de consumidores que afirman buscar ciertas sensaciones como es ese *flash*, o subidón, que se siente tras su administración o *chute*, esa falta de preocupación y de ensoñación más o menos sostenida, o la supresión del dolor asociado al *mono* o al mismo dolor de la vida como puede ser la pérdida de un familiar o un fracaso personal. De la misma manera que podemos encontrar en los mismos consumidores una lectura radicalmente opuesta y que dice que la heroína es un camino sin marcha atrás o la misma muerte por lo que significa, o les ha significado, ser un adicto a esta sustancia. En el otro lado, encontraríamos un debate en torno a los efectos que se pueden asociar a la heroína como herramienta terapéutica: así, de una parte podríamos situar discursos que definen a la heroína como una posible vía de tratamiento pero no al mismo nivel que otras, quizás por la complejidad implícita a su administración. Mientras que por el otro lado se busca reforzar a la heroína como una medicina - diacetilmorfina- que puede superar esos límites o contraindicaciones que la definen como fármaco y situarse como una suerte de medicina que se caracteriza por los efectos positivos, sin llegar a ser una *panacea*, de su administración en aquellas personas usuarias de esta sustancia/itinerario sociosanitario.

A partir de aquí, y de forma progresiva, se pueden trasladar diferentes sustancias, concepciones, prácticas, lecturas, discursos, políticas, legislaciones, para enriquecer este cuadro y entender la importancia de aclarar desde un punto de vista analítico cualquier reflexión encaminada a discutir lo que es la Droga, y viceversa.

II: la concreción de la respuesta asistencial hegemónica.

Siguiendo con la tónica de la investigación, nos preocupa más *qué se dice* o *por qué se dice* que *quién lo dice*. Por eso lo aquí arrojado no pretende ser una denuncia o un intento de poner en el entredicho a las personas que dedican profesional o voluntariamente sus esfuerzos en este campo. Pero son esas lecturas, moneda de cambio o lugares comunes a la hora de definir de qué estamos hablando cuando hacemos referencia al problema de la droga (y que definimos como *discursos de la droga*), desde donde partimos. Como segundo cuadro presentamos una propuesta de síntesis de lo que podría entenderse como visión hegemónica de la realidad de las drogodependencias y su atención.

Figura 10: Cuadro-Resumen de la respuesta hegemónica



Fuente: Elaboración propia.

Un hecho constatable en todas las experiencias elegidas es la existencia de la necesidad de intervención, siempre con matices, en este problema social. Este esquema pretende recoger la capitalidad de desarrollar, y naturalizar, una respuesta que despliegue una serie de acciones enfocadas a abordar un problema, y definirlo, al mismo tiempo que constituye un catálogo de servicios, y los ajusta¹⁴⁶. Por esa razón situamos en el centro del esquema el concepto de *Intervención* posicionándose como la piedra angular sobre la que proyecta el marco comprensivo de lo que es la droga y desde la que se despliegan las diferentes estrategias y acciones.

En el eje horizontal posicionamos el par *Problema-Solución*. Si bien estos dos momentos están ordenados cronológicamente, la realidad problemática preexiste al despliegue de acciones, desde la perspectiva técnica estos dos elementos se entienden como puntos equidistantes que son definidos en función de las características y particularidades detectadas en la valoración del rol de la intervención en cada uno de los momentos a la hora de generar una teoría preventiva y aplicarla. De esta forma, la línea aquí dibujada es un flujo

¹⁴⁶ Como hemos visto, tanto técnica como económicamente.

circular entre dos puntos que se retroalimentan entre sí al tiempo que nutren de razonamientos a la *Intervención*.

En el eje vertical se representan las dos principales dimensiones afectadas o desde las que se aborda el hecho de la drogodependencia: la esfera individual y social. Como fruto de este cruce vemos que aparecen dos dinámicas o conjuntos, de problemas y soluciones, sobre los que enfocar los esfuerzos de la estrategia preventiva. Ambas esferas, individual y social, se conectan por dos espirales o círculos, vicioso y virtuoso si hacemos una lectura de izquierda a derecha. La primera de ellas refleja la relación existente entre ciertas dinámicas de exclusión y dependencia que producen una desadaptación del sujeto en múltiples áreas (bio-psico-social) que deben ser abordadas, calibrando el peso de cada área, para sustituir esa dinámica desadaptativa por una serie de estrategias capacitadoras orientadas a la reinserción.

Este esquema y estos elementos pretenden sugerir reflexiones complementarias que sirvan para ahondar de lleno en la complejidad de dar una respuesta terapéutica. Por eso con los conceptos aquí marcados podríamos cuestionar a las intervenciones qué tipo de relaciones/dinámicas promueven y en qué porcentaje o medida lo hacen: cuál es el peso exacto o equilibrio perfecto que deben mantener las respuestas que operan en este tipo de intervención social para que en sus acciones se promueva esa capacitación e integración contrarrestando los posibles efectos adversos o no esperados como pueden ser la dependencia sostenida de los usuarios de los recursos propuestos. O los fundamentos, saberes, evidencias que sustentan un enfoque particular: de qué manera podemos abordar la evolución histórica que ha tomado la teoría preventiva y reflejar las claves que desplazan el centro de definición del fenómeno como un hecho social a un problema sanitario. Desde este punto podemos jugar con los diferentes elementos, nodos, ideas fuerza, relaciones que nos permitan situar y caracterizar todo ese maremágnum de acciones desplegadas en el medio social.

III: la cuestión del problema y solución de la drogodependencia desde sus imágenes y discursos.

Durante la fase de redacción de la parte del análisis de discurso, nos encontramos con el artículo de Araceli Serrano y Ángel Zurdo, “Representaciones audiovisuales de las personas sin hogar: entre la espectacularización de la exclusión social extrema y la culpabilización de las víctimas”(SERRANO, A. y ZURDO, A., 2013). Este texto presenta los resultados obtenidos tras la aproximación a ciertos contenidos y retratos audiovisuales producidos en torno a la realidad del *sinhogarismo*. Este llegó en el momento preciso en el cual necesitábamos afianzar nuestra perspectiva a la hora de afrontar todo el discurso expuesto y poder reconducirlo a un escenario en el cual localizar *lo que se dice* y los efectos performativos que este *decir* tiene. Por lo tanto, su utilidad se encuentra tanto a la hora de contextualizar lo que queremos hacer, detectar las imágenes que se producen y qué tratamiento se les da (“esto es así y es así por esto”); como para explicar lo que obtenemos: espacios, posiciones, nociones que cristalizan cuando situamos esas imágenes en un espacio definido e interaccionan entre sí.

De esta forma encontramos una voz, un determinado saber hacer a partir de lo aprehendido de la bibliografía tocada, y un eco, el fruto del rebote que producen nuestras reflexiones en los textos. Pero lo interesante es que quien se aproxime a esta parte de la investigación pueda reconocer una serie de referencias claras, aquellas de las que hemos hecho acopio, y pueda utilizarlas para recorrer el complejo espacio dibujado por los discursos *de la y sobre la* droga. En este caso, a partir de los cuadros presentados a modo de cierre -del camino recorrido- y de apertura -de los posibles caminos que surjan a partir de lo propuesto-.

Como decimos, este texto ha sido un estímulo para abordar y sistematizar las imágenes sociales que se tienen sobre el fenómeno de la droga y los posicionamientos que suelen tomarse en relación a este. Un ejemplo para comprender el proceso de producción por el cual han llegado a concreción de sus esquemas interpretativos y, también, el sentido de nuestro cuadro: una propuesta de lectura estructurada de lo que es la droga/drogodependencia conceptualizada desde su definición como problema que debe ser solucionado. Esta trasposición, propia, particular y subjetiva, es una síntesis de los cuadros citados (Ibíd.:116-119) en la que se rescatan los rasgos más operativos para delimitar temas

Figura 11: Mapa de imágenes sociales y discursos en torno a la Droga

Diagrama de la Teoría del Problema Social:

Ejes:

- Eje Horizontal:** El Problema (Izquierda) ↔ La Solución (Derecha)
- Eje Vertical:** Sujeto-Agente-Activo (Arriba) ↔ Objeto-Paciente-Pasivo (Abajo)

Conceptos distribuidos en los cuadrantes:

- Top-Left (Culpable, Sujeto-Agente-Activo):** Irreflexión, Adicción, Hedonismo, Discurso del Fracaso, Discurso Estetizante, Discurso Espectacularidad.
- Top-Right (Promotor, Sujeto-Agente-Activo):** Compromiso, Discurso empoderamiento, Discurso crítico, Consciencia, Autonomía.
- Bottom-Left (Víctima, Objeto-Paciente-Pasivo):** Dependencia, Riesgo, D. Infortunio: caridad etiquetada, Enfermedad.
- Bottom-Right (Usuario, Objeto-Paciente-Pasivo):** D. Infortunio: ayuda y acompañamiento, Discursos Asistencialista/ Clientelar, Itinerario terapéutico, Programas de atención, Constatación científica.

En la divisoria horizontal situamos el par *problema-solución* definido como la línea causal en la que se estructura el fenómeno de la droga/drogodependencia: la constatación de una situación compleja que obliga a poner en práctica una respuesta capaz de abordarla. En el otro plano se sitúa la caracterización en función del papel que juega, o se le da, a la persona en esa problemática y en dicho proceso terapéutico. Así aparecen cuatro secciones a las que otorgamos unos perfiles, unos discursos y unos conceptos que nos ayudan, en este caso, a articular los posicionamientos sociales respecto a este problema y su abordaje.

250

causante de esa situación desadaptada mientras que la otra subraya el carácter de víctima en la que se pierde su identidad al pasar a ser un individuo dentro de una categoría social afectada por un problema mórbido. En el otro lado del esquema situamos dos caracterizaciones del sujeto drogodependiente una vez que se incorpora a ese proceso de tratamiento resultando una visión de este como el agente promotor que fomenta su propia recuperación y otra lectura del sujeto como la superficie donde se implementan políticas asistenciales.

En el anillo interno situamos una malla discursiva que condensa la diversidad de lecturas sobre el hecho de la existencia de la drogodependencia -una explicación- y de una red de servicios de atención -una justificación- y que apuntalamos con una *cadena sémica* (Ibíd.:116) que conforma el anillo exterior. Así la mayoría de las miradas entiende este fenómeno como un hecho social determinado por las imágenes sociales (estereotipos) que suelen moverse entre lo deslumbrante de ese carácter más instantáneo que ofrecen las drogas y lo impactante de los costes a pagar por esos excesos. A su vez, esta visión conlleva una comprensión de las actitudes y prácticas de los sujetos como una decisión individual que debe ser mediada debido a las consecuencias, individuales y colectivas, que acarrea esta práctica desadaptada al tiempo que se fomentan otras lecturas. De ahí que haya que producir una respuesta que sirva como mecanismo de reinserción de estos sujetos con una problemática o para proteger a una población con una serie de factores de riesgo ante una amenaza ante la que nadie está completamente protegido. Al mismo tiempo que se fomentan una serie de acciones complementarias dirigidas a estimular un papel más activo de esa población a la que se dirigen con la idea de fomentar un pensamiento crítico que apunte toda esta estrategia asistencial.

Hay que decir que toda esta delimitación es un ejercicio de sistematización/problematización y que, por lo tanto, los elementos aquí presentes forman parte de un conjunto, o una lectura, en el que las partes funcionan de forma complementaria. Esto que decimos se debe a que en los discursos recogidos hemos encontrado una multiplicidad discursiva que no puede ser acotada a un solo cuadrante del esquema, o categorías, de la misma manera que esas visiones formales no recogen toda la

complejidad inherente al fenómeno de la droga¹⁴⁷. De esta forma si nos detenemos tanto en los conceptos como en los discursos encontraremos ciertas relaciones entre ellos que nos ayudan a situar de una forma visual un ejemplo de cómo ordenar la manera en la que se define el problema de la droga y su abordaje integral. Una propuesta de eje de coordenadas que pueda ser utilizada para analizar otras prácticas y moverse por el mapa de respuestas existentes en materia de drogodependencias en el que su centro se desplaza por los diferentes escenarios que dibujan los discursos *de y sobre* la droga¹⁴⁸.

147 Por ejemplo, ¿de qué manera podemos abordar la figura del yonki desde este cuadro y cuántas subcategorías podrían desprenderse de esta imagen estigmatizadora o identidad deteriorada? O, ¿somos capaces de catalogar las diferentes respuestas terapéuticas en función del papel con el que caracterizan a esa persona beneficiaria de su acción?

148 Para esta tarea podemos servirnos del *sociograma* como una cartografía de actores y relaciones, del *flujograma* como una herramienta para la delimitación de ejes temáticos y de los *multilemas* como ejercicios creativos de síntesis de la complejidad discursiva.

7. CONCLUSIONES

“Cada oficio tiene su código ético, un conjunto de reglas que definen su carácter, la conducta y las relaciones adecuadas hacia y entre sus miembros. En algunas ocupaciones este código se formaliza, se recita e incluso se jura. En otras, es un conjunto de normas imprecisas, aprendidas y desplegadas en el propio ejercicio.”

WACQUANT, L., 2006:139

“El que desea ardientemente ingresar y ascender en el universo pugilístico debe esforzarse para expatriarse del mundo, desentenderse de sus juegos y volverse indiferente a sus tentaciones. Debe prepararse para sacrificar todos los intereses profanos en el altar del ring. Porque sólo a través de una ascesis rigurosa y el secuestro ocupacional prescrito por la ética del «sacrificio» forjará esas cualidades de dureza, abnegación, perseverancia y rabia controlada necesarias para dominar la dulce ciencia y resistir en el oficio de los golpes”.

WACQUANT, L., 2006: 149

Una de las principales cuestiones que ha ocupado nuestro pensamiento durante el desarrollo de este trabajo ha sido comprender la complejidad inherente al hecho de desarrollarse como sociólogo, las implicaciones que supone formar parte de una disciplina y sentir de qué manera ese saber y ese conocimiento se inscriben en nuestro propio cuerpo. Estos intereses bien podrían agruparse como una batería de reflexiones complementarias a cubrir una vez cubierto el objeto de esta investigación, sin embargo nuestra experiencia nos dice que eso no es así. Desde la distancia que nos ofrecen los aprendizajes adquiridos en la práctica, vemos imposible llegar a concretar satisfactoriamente una investigación-resultado si no se alcanza una determinada madurez interna que permita enfocar el objeto de estudio desde una mirada construida, o una escucha activa, capaz de profundizar más allá de lo percibido a primer golpe de vista.

Tras esta serie de afirmaciones lo que tratamos de evidenciar y poner en relieve es la cuestión que subyace en toda práctica sociológica y que no es fácil de explicitar por las implicaciones que se pueden desligar de reconocer su existencia y su importancia radical en nuestros análisis. Ese hecho no es otro que la sana manía que tenemos las y los sociólogos de cruzar la biografía personal con las realidades que estudiamos. De esta manera nos vemos obligados a plantearnos el papel que desempeñamos en esas realidades en discusión y registrar de qué manera ese hacer investigación nos va moldeando. Un ejemplo del que

nos hemos nutrido para conducir esta cuestión ha sido la propia experiencia de Loïc Wacquant. En este caso, también nos situamos *entre las cuerdas*¹⁴⁹.

La razón de comenzar con este preámbulo se debe a la dificultad de compartir una serie de conclusiones que signifiquen una mirada concluyente sobre la realidad de las drogodependencias y, sobre todo, de los y las profesionales que se encuentran y trabajan en este campo. Como decíamos al principio de este trabajo la principal motivación que ha impulsado esta investigación ha sido conocer la forma en la que se produce y consolida la respuesta institucional en materia de drogodependencias hasta convertirse en la visión hegemónica en este campo. Para ello nos hemos planteado una serie de interrogantes que han servido para guiar la investigación y mantener el pulso de ésta. Sin embargo, el propósito de este trabajo no consiste en dar las respuestas a las preguntas que nosotros mismos emitimos sino visibilizar los límites encontrados, bien porque nos vienen impuestos (discursos *de* la droga y *sobre* la droga) bien porque nos los imponemos al optar por una determinada forma o técnica de ahondar en la realidad que nos ocupa.

Por ese motivo este trabajo debe entenderse como un ejemplo de ese estar en constante tránsito. A lo largo de la investigación nos hemos deslizado por las diferentes realidades seleccionadas conociendo su posición sobre el asunto en cuestión a través de sus propios documentos y relatos. Un abanico de miradas que hemos ido complementando, vivencialmente, con otras fuentes de información para intentar abrir lo máximo posible el ángulo de nuestro campo de visión a la hora de afrontar nuestra tarea y dirigir nuestra mirada. Por esa razón insistimos en que la finalidad de esta investigación es la de estimular el escenario actual y generar respuestas que permitan desbordar esos límites detectados (en los discursos *de* la droga), y aquellos que se nos puedan presentar en futuros momentos (en los discursos *sobre* la droga). Un mecanismo que permita generar nuevas lecturas en movimiento capaces de detectar cambios sustanciales en el interior de este fenómeno y una

¹⁴⁹ Si bien Loïc Wacquant se sirve del boxeo para comprobar de qué manera el agente social es un <<ser que sufre>> en nuestro caso particular ha sido otro deporte de contacto, el rugby, el que nos ha servido para sentir en nuestra piel el calado que puede llegar a tener optar por un enfoque anclado en los términos que el autor expone (WACQUANT, L., 2006: 15-19). Un campo para la reflexión y la práctica que comenzó en el equipo de la facultad en los años de la licenciatura y del que hemos tomado parte durante ocho años. En este periodo hemos compartido juntos a otras y otros compañeros experiencias dentro y fuera del terreno de juego que nos han ayudado a forjar una determinada mirada y una forma de entender nuestra propia actividad. Una forma propia de entender la y hacer Sociología (Antropología, Psicología, Ciencias Políticas, Trabajo Social) que recogemos y desplegamos cada vez que la ponemos en práctica tanto en el terreno de juego como en el espacio social.

herramienta sensible a la innovación que se incorpora en los abordajes que surgen para contenerlo.

Así, para poder ofrecer unas conclusiones concretas en el terreno de lo que entendemos como respuesta formal en materia de drogodependencias marcamos tres cuestiones, a modo de orientación, para estructurar un análisis profundo de su funcionamiento y comprender su consolidación y calado. Estas son: los fundamentos para la construcción de la intervención (la Respuesta), la cuestión organizativa (el Sistema de Relaciones) y la evolución temporal (el Contexto Sociohistórico). Estas dimensiones nos remiten a los tres niveles presentes en un conjunto que señala Jesús Ibáñez: el de los elementos, el de las relaciones entre elementos (estructura), y el de las relaciones entre relaciones –relaciones entre estructuras o cambios de estructura- (sistema); que a su vez éstos nos conectan a las tres perspectivas necesarias conjugar para investigarlos: distributiva, estructural y dialéctica (IBÁÑEZ, J., 1993: 130).

De esta manera podemos ir afinando el espacio donde situamos las observaciones realizadas al mismo tiempo que definimos el sentido y la dirección de la intención desprendida de nuestra actividad. La razón de este rodeo se debe a que el margen o radio de acción existente en este campo es cuanto menos limitado debido a esa autorreferencialidad y recurrencia señaladas; más aún si se habla desde la sociología. Esto que decimos implica que la mayoría de los esfuerzos desplegados en este terreno se centren en calcular las posibilidades investigadoras dentro del nivel tecnológico (*cómo se hace*) provocando que los otros niveles que preceden a ese problema, metodológico (*por qué se hace así*) y epistemológico (*para qué o para quién se hace*), queden velados bien por la impropiedad de disputar esas cuestiones o la imposibilidad de abordarlas (Ibíd.). La intención última de toda esta discusión del estado de la cuestión y del marco de referencia ha sido plantear una serie de interrogantes en torno al carácter estructural y estructurante de los discursos institucionalizados que naturalizan el objeto social de su práctica y generar así una reflexión en cadena en torno al papel que jugamos los técnicos a la hora de diseñar ciertas e implementar políticas públicas tanto en materia de Asistencia como en Prevención.

Por lo tanto el objeto de este trabajo consiste en subrayar la necesidad de promover, en lo que creemos un escenario emergente o potencial, un determinado tipo de estudios o

investigaciones anclados en lo que se entiende como prático o dialéctico. De ahí que nuestras conclusiones sean una afirmación inconclusa o aún por hacer. Para nosotros la clave pasa por aportar ciertos modelos de investigación social que subrayen y pongan en el centro el carácter performativo de los sujetos-actantes presentes en este campo. Somos conscientes de la inexistencia de fórmulas perfectas y de que la solución no puede partir únicamente de un punto o mirada concreta. Y menos aún si no tienen en cuenta la propia realidad, capacidad e implicación de las personas afectadas (Ibíd.:137). Por ese motivo no buscamos ofrecer la respuesta definitiva, o panacea, que arroje la luz a todos esos callejones sin salida, sino que lo que pretendemos es mostrar una determinada actitud a la hora de afrontar una práctica *-un saber estar-* y una serie de pistas que remiten a una metodología *-un saber hacer-* radicalmente ancladas en la dimensión social.

Un modelo integral, participativo o desbordante debe promover y estimular que los actores encuentren las salidas a las encrucijadas definidas por sus propias concepciones (*conversas, perversas, subversivas y reversivas*) a través de la confrontación colectiva de las implicaciones que se derivan de sus esquemas interpretativos. La clave para llegar a la raíz, o a las causas profundas de un problema o una realidad problemática, no descansa en un único espacio, colectivo, o definición, sino en todos los actores sociales implicados en ese hecho social (pues *no hay caminos excluyentes, sino inclusión de caminos*). De ahí que este trabajo, fruto de la reflexión técnica producida por un sujeto sociológico, sea una devolución encaminada a estimular un escenario de debate que promueva, a su vez, un marco de trabajo orientado a fomentar y potenciar estrategias emancipadoras donde los sujetos con unas necesidades a satisfacer sean los motores de estos procesos; o al menos de su propia trayectoria o carrera.

Por todo ello más que ofrecer y repetir una serie de interpretaciones subjetivas como si fueran mantras, dogmas o verdades infalibles, hemos creído más interesante sentar las bases para una propuesta formal, y transductiva, a la altura de los desafíos y los escenarios que se están consolidando en la actualidad y aprovechar la oportunidad para resignificar esta disciplina concretando un campo abonado para la investigación sociológica.

8. BIBLIOGRAFÍA

Publicaciones por autor

ALVARADO, R., LEYRA, G., PÉREZ CORTÉS, S. (eds.) (2010): ¿Existe el orden? La norma, la ley y la transgresión. Barcelona. Anthropos.

ÁLVAREZ-URÍA, F., VARELA, J. -edición y presentación- (1986): Materiales de sociología crítica. Madrid. La Piqueta.

ÁLVAREZ-URÍA, F., VARELA, J. (2009): Sociología de las instituciones. Bases sociales y culturales de la conducta. Madrid. Morata.

BARLEY, N. (2005): El antropólogo inocente. Barcelona. Editorial Anagrama.

BASAGLIA F. y BASAGLIA OGNARO F. (1973): La mayoría marginada. La ideología del control social. Barcelona. Laia.

BASAGLIA F. y BASAGLIA OGNARO F. (1975): Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione. Torino. Einaudi.

BAUMAN, Z. (1998): Modernidad y Holocausto. Sequitur.

BECCARIA, C. (1968): De los delitos y de las penas. Madrid. Alianza.

BECKER, H. S. (1971): Los extraños: sociología de la desviación. Buenos Aires. Tiempo contemporáneo.

BOURDIEU, P. (2000): Cuestiones de Sociología. Madrid. Istmo.

CASTEL, R., RENDUELES, G., DONZELOT, J. (2006): Pensar y Resistir: la sociología crítica después de Foucault. Madrid. Círculo de Bellas Artes.

CONDE GUTIÉRREZ, F. (2010). Análisis sociológico del sistema de discursos. Madrid. CIS.

DOUGLAS, M. (1996): Cómo piensan las instituciones. Madrid. Alianza.

DURKHEIM, E. (2000): Las reglas del método sociológico. Madrid. Alianza.

ECO, U. (1983): Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura. Barcelona. Gedisa.

ENZENSBERGER, H. A. (2010): La balada de Al Capone. Mafia y Capitalismo. Madrid. Errata Naturae.

ESCOHOTADO, A. (2002): Historia de las drogas (I, II, III). Madrid. Alianza.

IBÁÑEZ, J. (1985): Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social. Madrid. Siglo XXI.

IBÁÑEZ, J. (1993): Por una sociología de la vida cotidiana. México. Siglo XXI.

FOUCAULT, M. (1984): Un diálogo sobre el poder. Madrid. Alianza.

- FOUCAULT, M. (1990): La vida de los hombres infames. Madrid. La piqueta.
- FOUCAULT, M. (2001): Historia de la sexualidad: la voluntad de saber. Volumen I. México. Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2002): Hay que defender la sociedad. Madrid. Akal.
- FOUCAULT, M. (2005): El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France, (1973-1974). Madrid. Akal.
- FOUCAULT, M. (2009): Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, a mi hermana y a mi hermano... Barcelona. Tusquets.
- FOUCAULT, M. (2009): Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Madrid. Siglo XXI.
- GARCÍA FERRANDO, M., IBÁÑEZ, J., ALVIRA, F. (coord.) (2003): El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid. Alianza.
- GAMELLA, J. F. (1990): La historia de Julián: memorias de heroína y delincuencia. Madrid. Ed. Popular.
- GAMELLA, J. F., ÁLVAREZ ROLDÁN, A. (1999): Las rutas del éxtasis: drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles. Barcelona. Ariel.
- GARCÍA-RODRÍGUEZ, J. A., LÓPEZ SÁNCHEZ, C. (coord.) (1998): Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias. Madrid. Síntesis.
- GOFFMAN, E. (1992): Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires. Amorrortu.
- GOFFMAN, E. (2003): Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortu.
- GONZÁLEZ R., LOZANO, B., CASTIEN J. I. (coord.), (2008): Psicosociología del estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación. Madrid. Universitas.
- LAMO de ESPINOSA, E. (1989): Delitos sin víctima. Orden social y ambivalencia moral. Madrid. Alianza.
- LOURAU, R. (2001): Libertad de movimientos. Una introducción al análisis institucional. Buenos Aires. Eudeba Ed. Universitaria.
- MANJÓN-CABEZA, ARACELI (2012): La solución. La legalización de las drogas. Madrid. Debate.
- MARTINEZ REGUERA, ENRIQUE (1982): La calle es de todos, ¿de quién es la violencia? Madrid. Editorial Popular.
- MERTON, R. K. (1964): Teoría y estructura sociales. México. Fondo de Cultura Económica.
- NIETZSCHE, F. (1994): La genealogía de la moral. Madrid. Alianza.
- SZAS, T. S. (1994): Nuestro derecho a las drogas: en defensa de un mercado libre. Barcelona. Anagrama.

VALLÉS, M. S. (2007): Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid. Síntesis.

VILLASANTE, T. (2006): Desbordes creativos. Estilos y estrategias para la transformación social. Madrid. Catarata.

VV.AA. (1993): Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales. Madrid. Editado por el Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

VV.AA. (2012A): La democracia en acción. Una visión desde las metodologías participativas. Madrid. Antígona Procesos participativas

VV.AA. (2012B): Para que no me olvides. Madres Unidas contra la droga. Madrid. Editorial Popular.

WACQUANT, LOÏC (2006): Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

WRIGHT MILLS, C. (2000): La imaginación sociológica. Madrid. Fondo de Cultura Económica.

Artículos:

HERNÁNDEZ, D. (2010): Antes de empezar con metodologías participativas. Madrid. Cuadernos CIMAS.

MONTAÑES, M. (2010): Interpretación de textos y discursos al servicio del desarrollo local. Madrid. Cuadernos CIMAS.

SERRANO, A., ZURDO, A. (2013): Representaciones audiovisuales de las personas sin hogar: entre la espectacularización de la exclusión social extrema y la culpabilización de las víctimas. Madrid. RES.

VV.AA. (2009): Metodologías participativas, Manual. Madrid. CIMAS.

VV.AA. (2014): Comprender y aplicar la IAP. Introducción a los procesos participativos. Madrid. Grupo Dinámicas.

VILLASANTE, T. (2006): Las matrices y los tetralemas: juegos con la complejidad para hacerla más creativa socialmente. Madrid. Cuadernos CIMAS.

VILLASANTE, T. (2006): Los 6 caminos que practicamos en la complejidad social. Madrid. Cuadernos CIMAS.

VILLASANTE, T., MARTIN, P. (2006): Redes y conjuntos de acción: Para aplicaciones estratégicas en los tiempos de la complejidad social. Madrid. Cuadernos CIMAS.

Documentos técnicos:

Documentos técnicos del IA-MadridSalud: www.madridsalud.es

-Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016. Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad. Organismo autónomo MadridSalud. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. 2009.

-La Policía Municipal y la prevención de las drogodependencias (4)¹⁵⁰.

-Consumo de drogas, percepción y actuaciones de prevención entre la población adolescente y joven de la ciudad de Madrid (7).

-Manual de Formación de Mediadores Sociales (8)

-Programa de Integración Social a través del ocio.2007 (9).

-Agenda de Salud.

Publicaciones del PNSD: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/home.htm>

-Estrategia Nacional sobre drogas 2000-2008. PSND. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Secretaría General Técnica.

-Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Ministerio de Sanidad y Política Social.

-Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

-Plan de Acción sobre Drogas. España 2009-2012. Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el PNSD.

-Plan Nacional Sobre Drogas. Memoria 2009. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Publicaciones del OED: (accesibles a través del sitio del PNSD).

-Observatorio Español sobre Drogas: Informe nº1. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el PNSD. Secretaría General Técnica.

-Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2009: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo. Delegación del Gobierno para el PNSD.

150 Número del documento dado por la propia fuente para organizar su listado de materiales.

Publicaciones del OEDT: <http://www.emcdda.europa.eu/>

-El problema de la droga en Europa. 2010. Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. Lisboa.

Publicaciones de la ONUDC: <http://www.onudc.org/>

-Informe Mundial sobre las Drogas. 2009. ONUDC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). Publicación de las Naciones Unidas. New York.

-Glosario de términos de alcohol y drogas. World Health Organization. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones.

Recursos, Noticias y Artículos consultados:

Aparecidas en medios digitales¹⁵¹

“UGT denuncia la irresponsabilidad política del PP en el Ayuntamiento”¹⁵²

www.diarioprogresista.es/ugt-denuncia-la-irresponsabilidad-politica-del-pp-en-el-ayuntamiento-de-62051.htm

Manifiesto *“No al cierre del Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid”*

amsm.es/2012/12/14/no-al-cierre-del-instituto-de-adicciones-de-la-ciudad-de-madrid/

“Carmena ahorra dos millones con el traslado de MadridSalud a un edificio municipal”

<http://www.economiadigital.es/es/notices/2015/07/carmena-ahorra-2-millones-con-el-traslado-de-madrid-salud-a-un-edificio-municipal-73699.php>

“La crisis acaba con la narcosala de Las Barranquillas, pionera en España”

www.rtve.es/noticias/20111127/crisis-acaba-primera-narcosala-espana-barranquillas-tras-once-anos-funcionamiento/477896.shtml

“Las narcosalas llegan a la madurez”

http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/05/30/catalunya/1432997757_362270.html

“De aquel equipo solo quedamos tres”. www.lavozdeg Galicia.es/m/noticia/galicia/2015/04/19/equipo-solo-quedamos-tres/0003_201504G19P8992.htm

“Cuando te tocan un hijo, ahí sale un volcán. Y más si hay torturas, muerte y no hay explicaciones”

<http://www.pikaramagazine.com/2014/09/cuando-te-tocan-un-hijo-ahi-sale-un-volcan-y-mas-si-hay-torturas-muerte-y-no-hay-explicaciones/>

151 Todas las noticias aquí señaladas han sido revisadas el martes 22 de septiembre de 2015.

152 En el transcurso de estos meses, hemos revisado esta noticia y hemos comprobado que el enlace señalado no existe. No obstante, la noticia se puede encontrar, con fecha del 30 de marzo de 2014, en el sitio que la plataforma No al Cierre del Instituto de Adicciones tiene en la red social Facebook: <https://www.facebook.com/No-al-cierre-del-instituto-de-adicciones-462208083831001/timeline/>. Este enlace roto hace que nos planteemos la cuestión sobre cómo actuar con estas fuentes de información y noticias marcadas por la incierta duración de su permanencia para sucesivas consultas.

"Madres contra la Droga protesta por la muerte de 11 personas en el sur de Madrid"
www.elpais.com/m/diario/1987/07/08/madrid/552741856_850215.html

"FIES: la cárcel dentro de la cárcel"

www.lahaine.org/espana/fies_carcelcarcel.htm

"FIES: la cárcel dentro de la cárcel"

http://www.eldiario.es/politica/alfon-FIES_0_78392640.html

"El Messi del hachís"

www.elmundo.es/cronica/2015/06/14/557bf77922601dbe408b4570.html

"Navarra legaliza el uso del cannabis en clubes de consumidores"

www.rtve.es/noticias/20141230/navarra-legaliza-uso-del-cannabis-clubes-consumidores/1076522.shtml?ext=SM_FB_NOTICIAS

"La droga provoca en España casi el 80% de los atracos"

http://elpais.com/diario/1984/03/25/espana/449017206_850215.html

"Los placeres del viaje (10): El camino a Eleusis"

<http://www.elmundo.es/blogs/elmundo/dragolandia/2014/02/11/los-placeres-del-viaje-10-el-camino-a.html>

"Cuando los raros eran los demás"

http://deportes.elpais.com/deportes/2014/11/23/actualidad/1416759498_558756.html

"Intervenidas 15 toneladas de droga en el Campo de Gibraltar en dos meses"

<http://www.diariovasco.com/sociedad/sucesos/201411/23/guardia-civil-interviene-toneladas-20141123121332-rc.html>

"La Policía Nacional se incauta en Madrid el mayor alijo de droga MDMA hallado en España"

http://www.antena3.com/noticias/sociedad/policia-nacional-incauta-madrid-mayor-alijo-droga-mdma-hallado-espana_2014121100109.html

"Un coffee shop para consumir marihuana legal en la periferia de Madrid"

<http://www.abc.es/madrid/20141208/abci-tienda-marihuana-madrid-201412071703.html>

"Un día en la vida de un yonki en un corto poético y devastador"

http://www.playgroundmag.net/noticias/historias/vida-heroina-documental-oslo-cortometraje_0_1481251863.html

"Heroína y FSE, caso pendiente 30 años después"

http://www.naiz.eus/es/hemeroteca/gara/editions/gara_2014-12-09-06-00/hemeroteca_articles/heroina-y-fse-caso-pendiente-30-anos-despues

"Breve historia del consumo de drogas en el Estado Español"

<http://www.nodo50.org/ekintza/spip.php?article57>

“Dos presos ‘muy peligrosos’ atan a sus guardianes y huyen del barco que los trasladaba desde Canarias”

http://elpais.com/diario/1991/08/27/espana/683244025_850215.html

“Fumar marihuana en la adolescencia no provoca problemas físicos ni mentales, según un estudio”

<http://www.publico.es/ciencias/fumar-marihuana-adolescencia-no-provoca.html>

“Esas ideas que ya no estremecerán el mundo”

http://elpais.com/diario/1984/06/27/cultura/457135205_850215.html

Aparecidas en prensa escrita:

“Heroína: de Afganistán a las Venas”. Rusia Hoy¹⁵³. Jueves 1 de Julio de 2010.

“El reggae de Dudus, el narco pródigo”. El País, 30 de mayo de 2010.

“La policía detuvo a Dudus cuando iba a entregarse”. El País, jueves 24 de junio de 2010.

“Diario de un adicto al ‘crack’”. El País, viernes 18 de junio de 2010.

“El pazo del narco se convierte en hotel de lujo”. El País, domingo 2 de enero de 2011.

“Navidades sin ‘chocolate’”. El País, sábado 24 de diciembre de 2011.

“El cultivo del cannabis busca un terreno legal”. El País, viernes 2 de marzo de 2012.

“Golpe policial al club canábico catalán que impulsa una plantación”. El País, sábado 24 de marzo de 2012.

“¿Drogas? Hablemos”. El País, lunes 30 de abril de 2012.

“Un capo rodeado de cardenales”. El País, domingo 6 de mayo de 2012.

“Cae la banda del Conde (Drácula)”. El Mundo, domingo 10 de junio de 2012.

“El narco más ostentoso, a la calle”. El País, domingo 10 de junio de 2012.

“Marihuana estatal uruguaya”. El País, domingo 28 octubre de 2012.

“Uruguay explora el futuro del cannabis”. El País, domingo 28 octubre de 2012.

“La Xunta admite pagos al narco Dorado de 157.000 euros en la época de Fraga”. El País, sábado 27 de abril de 2012.

“A pasar el mono en casa”. El País, sábado 29 de junio de 2013.

“España, nueva meca del cannabis”. El País, sábado 14 de junio de 2014.

¹⁵³ Suplemento de pago elaborado por “Rossýskaya Gazeta”, único responsable de su contenido, para su distribución en España con el suplemento semanal “The HYT International Weekly” de The New York Times.

“España, quintuplica en un lustro su producción industrial de marihuana”. El País, miércoles 17 de septiembre de 2014.

Otros recursos y sitios web de interés¹⁵⁴

Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. BOCM, 27 de diciembre de 1996.

www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=432&cdestado=P.

Ley 11/1996, la otra ley que recoge la normativa sobre competencias es la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. BOCM, 8 de junio de 2002.

www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&idnorma=2694&word=S&wordperfect=N&pdf=S.

Portal del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)

www.osakidetza.euskadi.net

Médicos del Mundo País Vasco (Munduka Medikak)

www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.sedes/mem.detalle/id.21/relcategoria.631/relmenu.113/link.3

Página principal del Ensayo PEPSA (Escuela Andaluza de Salud Pública)

www.easp.es/pepsa/index.htm

Portal de la Asociación Energy Control

www.energycontrol.org

International Narcotics Control Board

www.incb.org/incb/index.html

Portal Europeo del Programa “Noches Seguras”

www.safernightlife.org

Campañas de sensibilización de la FAD

http://www.fad.es/Campanas?id_nodo=3&accion=0&&keyword=&auditoria=F

Portal sobre la campaña “Faces of Meth”

<http://www.facesofmeth.us/main.htm>

Portal sobre artículos, noticias y documentales sobre drogas de la revista digital VICE

<http://www.vice.com/es/tag/drogas>

Wikipedia: Honne y Tatemaie

https://es.wikipedia.org/wiki/Honne_y_tatemaie

¹⁵⁴ Direcciones revisitadas el martes 22 de septiembre de 2015.

Wikipedia: Régimen FIES

[www.es.m.wikipedia.org/wiki/Régimen F. I. E. S](http://www.es.m.wikipedia.org/wiki/Régimen_F._I._E._S)

15mpedia: Nais contra Impunidade

[https://15mpedia.org/wiki/Nais contra a Impunidade](https://15mpedia.org/wiki/Nais_contra_a_Impunidade)

15mpedia: Marea Naranja

[www.15mpedia.org/wiki/Marea Naranja](http://www.15mpedia.org/wiki/Marea_Naranja)

Página web de la Red CIMAS

www.redcimas.org

Blog Jornadas Participación 2012: [Re] pensando el 15M

<http://jornadasparticipacion12.blogspot.com>

9. ANEXOS:

9.1. Abstract:

Almost thirty years have passed since the City Council of Madrid approved the first Municipal Plan against Drugs, thus laying the foundations of the current commitment to offer assistance to drug addicts. A Service that has been continuously growing (in funding), maturing (in organizations) and diversifying (in actions) during these decades, in the same manner as the scenario in which these actions are deployed has been evolving. But, what can be said today about the status of drug-addiction intervention?

This study adopts a sociological approach that starts with and is focused on what has been defined as the hegemonic vision on drug addiction, with the aim of studying (precisely and progressively) the different and most widely accepted theoretical-practical developments and to understand how certain conceptions or positions determine the form of this social fact. Therefore, the main objective of this study is to understand and evaluate the performative effects of certain practices, techniques and professionals on defining and addressing a reality that is in question and/or in conflict, as a social problem. In addition, this study is focused on identifying a series of fundamental elements to address what is understood as the state of the issue of drug addiction in depth (discourse *of* drugs Vs. discourse *on* drugs) in order to offer a series of sociological questions and insights to focus attention onto this reality.

For this purpose, once its intentions have been defined and due to the social nature of the object under study, the present research deploys qualitative methodology as a tool for approximation, delimiting the scope that professional technicians assume regarding the issue in question as well as their own professional practices within their organizations. Thus, we have contacted certain public as well as non-governmental organizations with long-term experience in drug addiction, so as to find out first hand, in addition to their writings, the different meanings they find in the performance of their specific practice (micro) as well as the framework within which their practice is defined and materialised (macro) on a population defined or characterised by (drug) addiction.

Discourse analysis has been used to delve deeper into the complex points of view arising from considering the implications of performing a role and to be able to isolate a series of elements that will facilitate sociological reflection. And although we offer an analysis focused on detecting all these discursive meanings, we were obliged to re-contextualize these formulations within a larger framework of analysis. For this purpose, we propose a series of multilemmas or semic games, to improve understanding, from a relational point of view, of the fundamentals of the construction of the intervention (Response), the organizational question (System of Relations) and the temporal evolution (Socio-historical Context). The reason for this is to convey the multiplicity of conceptions (*converse, perverse, subversive and reversione*) that revolve around *how, why and for who* a social intervention regarding drug addiction is carried out. The ultimate aim of this research will be to produce a technical diagnosis that could be the basis for subsequent research focused or based on participatory methodology.

9.2 Índice Análisis de Discurso:

PARTE I: la visión formal del fenómeno.

A. Droga, fármaco y adicción: elementos para la diferenciación del uso de sustancias

A.1. Definición institucional de droga y fármaco

A.2. Los fármacos como herramienta eficaz y contrastada:

A.3. Las adicciones entendidas desde un enfoque biopsicosocial

B. Construyendo una respuesta integral: la implementación de una práctica institucional y la consolidación del enfoque biopsicosocial

B.1. Una respuesta en movimiento: consolidación del enfoque y funcionamiento de las organizaciones

B.2. Una respuesta estructurada en departamentos

B.2.1. Prevención: estrategias para la reducción del riesgo y para potenciar los factores de protección

B.2.1.1. La prevención y su calado: entre la prevención universal y la prevención específica

B.2.1.2. La prevención como una educación en valores que cambia actitudes y comportamientos

B.2.2. Asistencia y Reinserción: la materialización de una respuesta a una necesidad concreta

C. Imágenes sociales y cambios en los perfiles

C.1. El usuario una vez que recibe el alta

PARTE II: miradas alterinstitucionales.

A. Sobre Consumo Crítico y Consumos Libres Vigilados: dos acciones en materia de consumos

A.1. Consumo Crítico

A.1.1. Orígenes de la organización y fundamentos de la acción

A.1.2. Tres ejemplos de acciones informativas: educativas, campañas y análisis

A.1.3. Consumos, Marcos Normativos y Acciones: reflexiones sobre la práctica

A.1.3.1. El marco normativo y las nuevas drogas: el brete a las administraciones e instituciones

A.1.3.2. Lo urgente y lo importante: acciones en un marco de recursos limitados

A.2. Consumos Libres Vigilados

A.2.1. Origen del servicio

A.2.2. Aprendizajes surgidos de (la evaluación de) la práctica

A.2.2.1. Sobre el Marco y los Contextos históricos: la realidad se impone a la ficción

A.2.2.2. Definiciones de droga e imágenes sociales de su consumo

A.2.2.3. Indicadores y evaluación

A.2.3. Límites de la práctica profesional con una población drogodependiente

B. PEPSA: una experiencia más allá del ensayo.

B.1. Orígenes del ensayo

B.2. Descripción del ensayo y aprendizajes de la experiencia

B.2.1. Hipótesis y objetivos

B.2.2. La captación: poniendo en marcha el proceso de re-conocimiento de la población/muestra

B.3. De la experiencia y la práctica del recurso desde un punto de vista del grupo técnico

B.3.1. El grupo de y los profesionales

B.3.2. Entre droga proscrita y droga prescrita: heroína, diacetilmorfina y el Uso Compasivo

B.3.2.1. Los consumos fuera de tratamiento

B.3.2.2. Reducción del daño y reducción del presupuesto: entre el objetivo general y la superación de los límites

B.3.2.3. Uso Compasivo

B.4. Perfiles y usuarios: yonkis, drogodependientes, usuarios y pacientes

B.4.1. Sobre los perfiles

B.4.2. Sobre Usuarios

B.5. Límites y respuestas: elementos a tener en cuenta para seguir construyendo experiencia

C. Usuarios y Madres: visiones complementarias de un fenómeno de dos caras. Discursos de y desde: de los usuarios y desde los protagonistas.

C.1. Drogodependencia, Intervención y Carrera Desviada

Entrevista-da 17: Lola

Entrevista-do 18: Carlos

C.2. Los colectivos de madres como experiencia política: la lucha anticarcelaria

C.2.1. Dónde está la lucha: quién, cómo y por qué actuar

C.2.2. La cárcel no es una herramienta terapéutica

C.2.3. El dolor y su gestión

C.2.4. Os tempos son chegados: punto y seguido de una lucha transgeneracional

9.3. Transcripciones de las entrevistas:

ASISTENCIA E1:

1: Me llamo Jorge Marrón y soy estudiante de doctorado de sociología por la UCM. Bueno, estoy realizando un proyecto de investigación como fase final de los cursos de doctorado. Este proyecto sería una parte previa a la tesis.

Como tema o como objeto de estudio para este proyecto me he planteado conocer y hacer un estudio sobre la desviación social; aquella rama de la sociología que se encarga de estudiar a aquellas personas que se encuentran más allá de la normalidad. Es decir, personas que tienen ciertos rasgos de desadaptación social. Por ello, me he decidido centrar en el Instituto de Adicciones (IA) que es aquel organismo que se encarga de asistir a los madrileños en materia de drogodependencias y comprender, así, de una forma más cercana la función que vosotros desempeñáis, ¿Vale?

Bueno, para esta entrevista me he planteado conocer ciertos aspectos médicos o médico-biológicos que entran en juego a la hora de poner en práctica lo que es la asistencia con estos usuarios de los servicios del IA.

Decir que hechos como la confidencialidad están asegurados y si tienes algún tipo de duda, me la preguntes o si te elaboro alguna pregunta y crees que algún matiz o alguna historia que no entiendas, tienes mi total disponibilidad. Agradecer tu tiempo y como forma de comenzar esta entrevista si te quieres presentar y decirme quién eres y demás...

E1: Bueno, Yo soy B. M. y ahora mismo, actualmente, soy la jefa del Departamento de Asistencia. Mi profesión es ser médico, he estado trabajando durante 15 años en Centros de Atención a Drogodependientes (CAD), en varios... bueno, y luego llevo otros 5 años en Gestión. ¿Vale? Y bueno, ahora lo que quieras preguntarme...

1: De acuerdo, esta entrevista me gustaría enfocarla, principalmente, sobre los aspectos farmacológicos que entran en juego dentro de la asistencia, ¿no? Principalmente, bueno, he estado leyendo la memoria, que ha sido la principal herramienta para conocer lo que es el IA y su trabajo, y he encontrado ciertos conceptos que al no ser propios de mi disciplina o mi rama, que es la sociología, pues se me pueden escapar. Me gustaría utilizarte, en este sentido, como aclaradora o que me explicases esos conceptos que entran en juego a la hora de practicar la asistencia con personas que tienen problemas de drogodependencias.

Primeramente, me gustaría conocer, tú como médico de primera mano, el peso que tiene este tipo de intervención farmacológica a la hora de trabajar con sujetos con problemas de drogodependencias...tanto a nivel de gestión como en tu etapa previa...

E1: A ver, los fármacos se utilizan porque el tema de la drogodependencia es una enfermedad cerebral, ¿vale? Es una enfermedad cerebral porque afecta a una zona del cerebro. Las adicciones afectan a una parte del cerebro, que es la zona tegmental ventral que digamos que es la zona límbica... Lo que hace es alterar los sistemas de los neuroceptores como los decotelaminas, adrenalina, dopamina... ¿Qué es lo que hacemos con los fármacos? Los fármacos, de alguna manera, lo que hacen es volver otra vez a reorganizar lo que desorganiza, en el cerebro, una adicción. ¿Vale? No se si...

1: Sí, sí, si...si que te he entendido...

E1: Lo que quiero es hacerlo sencillo porque...

1: Sí, sí, sí...

E1: Entonces, cuando se ponen fármacos en una dependencia influyen muchos factores. El primero que influye es el tipo de dependencia que tienes: si es una dependencia a opiáceos, por ejemplo, pues aparte del desorden que se produce, que te acabo de comentar de los neuroreceptores, lo que se produce también es un síndrome de abstinencia; por eso, cuando una persona es dependiente a opiáceos lo que se intenta es si esa persona quiere dejar completamente de consumir opiáceos, sintomatológicamente, se le da una serie de fármacos para que no tenga síndrome de abstinencia físico, ¿vale?..

En el caso de la heroína, pues son unos fármacos, más bien analgésicos y ansiolíticos porque es ansiedad y dolor lo que más se siente...Pero hay otras personas que no quieren pasar el síndrome de abstinencia, sino que quieren de una forma... Llevan muchos años consumiendo heroína y lo que se intenta es dar un sustitutivo, un agonista opiáceo como la metadona o como la buprenorfina para que esa persona no tenga un síndrome de abstinencia muy brusco cuando estén tomando un sustitutivo opiáceo, que no es opiáceo porque es algo farmacológico pero es parecido al opiáceo, a unas dosis que va a ir bajando, poquito a poco, pues alrededor de unos años...una media de 5 o 6 años, ¿vale? Entonces, por eso, hay un fármaco, que en el tema de las drogodependencias se utiliza mucho, que son los sustitutivos opiáceos: metadona y ahora, últimamente, la buprenorfina, ¿de acuerdo?

¿Pero qué más fármacos se utilizan en las dependencias? Aparte para lo que te dije para que no tenga síndrome de abstinencia o aparte de la metadona y la buprenorfina...hay otras drogas como la cocaína y estimulantes o como el cannabis que producen, lo que te acabo de decir, alteraciones en el cerebro. No existe, ahora mismo, ningún fármaco que pueda ser un sustitutivo como en el caso de los opiáceos, la metadona para la cocaína. Pero para eso se utilizan diferentes fármacos, en este momento, para poder reorganizar esa desregulación que tienen los receptores del cerebro.

1: He mirado por algunos sitios en Internet que se estaba trabajando sobre la vacuna...

E1: Sí, pero la vacuna está siendo, ahora mismo, se están haciendo ensayos clínicos... pero en este momento no es real y no la estamos utilizando...

1: ¿Es conflictiva?

E1: No, no es conflictiva es que no está todavía como para poderse utilizar. Sí se están haciendo ensayos clínicos... En el tema de la cocaína, pues lo que te decía, se utilizan más fármacos, pues tipo: antiepilépticos, antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos y dependiendo de los síntomas que tenga el paciente o de si un paciente tiene mucha impulsividad en el consumo o no, si un paciente tiene una patología dual; la patología dual es que tengas un trastorno mental y, además, un trastorno de consumo de drogas.

1: ¿Ese trastorno es porque, simplemente, el sujeto lo tiene o es el desencadenante lineal, por decirlo así, es la propia sustancia?

E1: Mira, eso es algo que todavía no se ha podido demostrar. Se ha demostrado que las drogas producen trastornos psicopatológicos duraderos y también se ha demostrado que ciertas psicopatologías o ciertos trastornos mentales producen que el sujeto sea más vulnerable al consumo de drogas. Es decir, las dos cosas pueden ser ciertas, o sea tú te puedes encontrar una persona que es esquizofrénica y tiene un trastorno mental y debido a su trastorno mental busca como automedicación, por ejemplo el cannabis para poder equilibrarse. Eso sería, primero el trastorno mental y ser más vulnerable al consumir. Pero puede ocurrir lo contrario; puede ocurrir que un

chaval de 20 años que sea vulnerable o propenso a tener esquizofrenia empiece a consumir porros y termina acabando en una esquizofrenia. O sea, quiero decir, las dos cosas pueden ser reales... por eso se llama patología dual porque puede, o sea, coexiste los dos trastornos y muchas veces te puedes encontrar pues una persona que, por ejemplo, es alcohólica y tiene un síndrome depresivo aunque deje de consumir el alcohol. Y hay que tratar las dos cosas: la depresión y el alcoholismo.

Por eso los fármacos no son café con leche para todo el mundo; se van adaptando mucho al tipo de sustancia, a los efectos que se producen, a los síntomas que tiene y se va adaptando un poco a...individualizando y personalizando en cada paciente.

1: Eh, bueno, hablando de estos tratamientos farmacológicos me interesaría saber su opinión, ¿no?, como profesional y como médico sobre las posibles contrapartidas que puedan tener o el posible impacto, tanto físico como a nivel mental, que puedan tener este tipo de intervenciones.

E1: Mira, antiguamente, los fármacos tenían muchos efectos secundarios. Ahora, los fármacos tienen menos efectos secundarios. Los psicofármacos han cambiado mucho en los últimos 20 años. Es decir, cuando una persona tomaba antes antidepresivos tenía muchos efectos secundarios o cuando tomaba neurolépticos de primera generación como podía ser el haloperidol, tenían muchos efectos secundarios; los psicofármacos han ido avanzando y tienen menos efectos secundarios: hay antidepresivos que son mucho mejores y se están utilizando... sobre todo, se utilizan fármacos en los pacientes adictos muy seguros [los fármacos] y que tengan muy pocos efectos secundarios. ¿Por qué? Porque si no, los abandonan; quiero decir, las personas que tienen una dependencia a sustancias a lo que cree la gente que yo creo que es un mito, no les gusta tomar fármacos. Y si además le producen efectos secundarios no los van a tomar. Por eso es muy importante, primero: no poner fármacos a tontún, saber lo que estás poniendo, elegir aquellos que la posología y los efectos secundarios sean menores... para que tú tengas una persona que sigue tomando los fármacos; porque si tú te aseguras que toma el tratamiento farmacológico junto con la psicoterapia y otras cosas que se hacen en los centros, vas a asegurar que haya menos recaídas. Por eso es importante que elijas los fármacos que menos efectos secundarios tienen, que tengan una posología fácil y que además sean, para ellos, útiles. Si no, dejan los fármacos y siguen consumiendo.

1: Entonces, ¿qué grado de centralidad o de importancia tiene la propia medicación dentro del tratamiento?

E1: Es un pilar más, muy importante. Quiero decir, hoy en día es inconcebible un tratamiento que no sea biopsicosocial. Es decir: es inconcebible que un paciente no tenga un tratamiento médico y médico no significa que siempre haya que ponerles fármacos, pero bueno...eh...en muchos, no te voy a mentir, quiero decir, muchos pacientes están tomando fármacos, ¿vale? El tratamiento médico es importante, el tratamiento social es muy importante y el tratamiento psicológico, también. O sea es inconcebible, sin esos pilares, que puedas tratar una drogodependencia.

1: Hablando del fármaco, vuelvo a insistir: tú como profesional, ¿dónde establecerías la diferencia entre droga y fármaco? [Se oye un ¡UY! de fondo] Sabiendo que muchas drogas que nosotros tenemos tipificadas como tal, en otros ambientes o en otros momentos pueden ser entendidas como fármaco, es decir...

E1: No, el concepto de droga, vamos, nosotros si lo distinguimos muy bien. El concepto de droga es aquello que estás consumiendo y aunque sepas que te está produciendo unos efectos adversos, secundarios, muy importantes en tu vida y en tu entorno, no dejas de hacerlo, ¿vale? Ese es el concepto de adicción y el concepto de droga.

Cuando tú estás tomando un fármaco lo estás tomando a una dosis determinada, prescrito por un médico... para conseguir un efecto determinado y no abusas de ello. Cuando una persona abusa, por

ejemplo, de benzodiacepinas porque se está tomando más de lo que necesita, se está tomando para conseguir unos efectos que no son los que se desean y además, no se lo está prescribiendo nadie.

1: De fármaco pasaría a droga.

E1: Efectivamente. Si yo, por ejemplo, te pongo un lexatin, uno y medio cada ocho horas porque tienes ansiedad: tú te estás tomando eso como fármaco. Pero si tú coges el lexatin o uno y medio y lo sigues tomando durante 5 años, aunque no tengas ansiedad...lo subes a 8 pastillas diarias y lo mezclas con alcohol estás utilizando un fármaco como si fuese una droga, ¿entiendes la diferencia?

1: Ajá, de acuerdo. Lo que yo quiero avanzar es: ¿podría usarse una droga como fármaco?; a partir de lo que dices tú: un método, unas prescripciones...

E1: No...Mira, eh, la droga, el sentido de droga en sí, en el sentido global, o sea, un opiáceo, ¿vale?: como es metadona, no es una droga; es un fármaco. Pero es de la misma familia de los opiáceos, de la heroína... ¿de acuerdo?

1: La sustancia en sí es, no inocua pero no tiene ningún sentido... es simplemente lo que hay detrás: la elaboración o el uso que el individuo haga o no.

E1: Hombre, a ver... consumir cocaína no puede ser bueno, ¿vale? Consumir cannabis no puede ser bueno...sabemos que no es bueno. Tú utilizas los fármacos para que dejen de consumirlo...pero tú no haces fármacos a partir de drogas, o sea que es lo que tú me estás preguntando...no, no, no, porque yo no hago la metadona porque existe una droga; sino que hay una familia farmacológica de opiáceos y lo que estoy haciendo a aquellas personas que no pueden dejar de consumir heroína, que es heroína adulterada la mayor parte de la veces, para que no padezca un síndrome de abstinencia...cojo la misma familia, pero una familia sintética, con una dosis que dura mucho más tiempo en el cuerpo y hago, elaboro y le doy metadona, pero eso no quiere decir que esté partiendo de una droga, ¿entiendes?

1: Sobre todo me refiero, por ejemplo, durante la mitad del siglo XX muchos médicos tenían encubierta una adicción a la morfina, ¿no? Es decir: un fármaco que está especificado para ciertos problemas o para el dolor...muchos médicos y enfermeras, lo utilizaron para

E1: tenían adicción...

1: es decir...

E1: Sí, pero eso no tiene nada que ver con los años 80...je,je,je... los años 80 es heroína, heroína adulterada, heroína que viene de los países de...como Afganistán... llega, la gente se la mete en vena, la corta, la adultera y empieza la epidemia de los heroinómanos. Eso no tiene nada que ver con que algunos médicos trabajaban en el hospital y se tomaban codeína o se tomaban morfina. Es diferente.

1: Yo, sobre todo, a lo que me quiero referir, en lo que quiero centrarme es el calado social o las repercusiones sociales que puede tener a la hora de atajar un problema como es el de las drogodependencias... es decir: atacar a las drogas con fármacos.

E1: Pero si es que hay que atacarlas porque es una enfermedad. Me estás planteando, es como si me dijeras que porqué al cáncer hay que ponerle quimioterapia. Vamos a ver, si te estoy diciendo que una drogodependencia crea una alteración en el cerebro y produce unos trastornos mentales y produce alucinaciones y demás, tenemos que poner fármacos; porque es una enfermedad. A ver, el planteamiento de que a las adicciones no pueden ponerse fármacos pues es un planteamiento antiguo, obsoleto y causó mucho daño a la población, ¿vale?

Quiero decir, cuando hubo gente que pensó que los síndromes de abstinencia había que pasarlos a pelo y que no había que poner ningún fármaco con drogodependientes...se murió mucha gente, mucha gente en el mundo.... Por una creencia que no era cierta, es como si intentas que una hepatitis no haya que darle ningún fármaco. A una dependencia hay que darle fármaco, cuando se necesitan. Al igual que a un cáncer hay que darle fármacos cuando se necesita, porque son enfermedades. Son enfermedades cerebrales y son enfermedades que pueden causar que alguien se suicide que tenga alucinaciones, que se clave un cuchillo, que mate a alguien o que se muera de un síndrome de abstinencia...En alcoholismo, un alcoholico puede morir de síndrome de abstinencia si no le tratas con fármacos. Entonces, es que no entiendo más sobre eso, quiero decir que es que no le voy a dar más vueltas, es como si a un cáncer no le tratas con fármacos. O sea, es que es así; no hay otra cosa.

1: Si establecemos que para ciertas enfermedades hay que aplicar ciertos fármacos...

E1: Pues para las dependencias hay que aplicar ciertos fármacos.

1: Es la idea de...no sé si has leído “Un mundo feliz” de Huxley...el soma. En el sentido... si tanto droga y fármaco...hemos llegado a la diferenciación y donde reside: una sustancia que va para un lado o para otro.

E1: Oh, una sustancia utilizada para curar algo prescrita y en unas dosis determinadas o una sustancia que abusas de ella y que no sirve para tal.

1: Hemos llegado a eso, bien. Lo que quiero preguntar es, si la utilización de fármacos no crees que, en un cierto momento generará una utilización de la droga no como droga si no como soma, es decir como paliativo de cómo dices tú: un joven o un chaval que cree que tiene mucha ansiedad o tiene un principio de esquizofrenia, eso que hemos dicho de las patologías duales, utilizaría cierta droga, ya no como droga, si como fármaco.

E1: No, porque mira: los fármacos que hay hoy en día son unos fármacos que producen, los que te decía yo que son mucho más seguros y que se utilizan, crean unas adicciones...eh...dificilmente. Quiero decir, los efectos no se producen; no se producen los subidotes que produce una droga, no crean unas adicciones tan rápidas como la droga, ¿sabes lo que te quiero decir? Por ejemplo, eh pues, una benzodiacepina como el alprazolam o el tranqumazin crea mucha adicción. Si una persona las toma, en seguida, empieza a tener mucha adicción. Los fármacos que solemos estar utilizando ahora mismo, últimamente, no estamos utilizando benzodiacepinas de corta duración sino, por ejemplo, un antiepiléptico como el trileptal o el topiramato lo que hacen es no crear adicción...eh, eh... a corto plazo ni esa imitación al consumo de drogas.

1: ¿Cómo es la intervención farmacológica, sobre todo, en alcohólicos? Que era una, bueno...el peso que el alcohol tiene en la sociedad española, ¿no? Cómo se hace uso y disfrute de él...

E1: ¿En alcohólicos?

1: Sí.

E1: Pues en alcohólicos tienes que valorar mucho lo que está bebiendo, ¿vale? Porque hay personas que no pueden dejar de beber, ni siquiera con un tratamiento ambulatorio, en su casa, ni con fármacos; hay personas que deben hacer desintoxicación hospitalaria obligatoria porque cuando tú bebes mucha cantidad, tienes alguna enfermedad orgánica, llevas muchos años bebiendo sin haberlo dejado...

1: ¿Cirrosis?

E1: No, puedes tener un delirium tremens.

Entonces, hay que tener mucho cuidado y muchas veces hay que ingresar en un hospital. Dicho esto, tanto en hospital como en ambulatorio, teniendo cuidado, dando mucha vitamina B y dando ansiolíticos y demás, tienes que observar si esa persona luego, como muchos alcohólicos, tienen mucho síndrome depresivo-social; es decir, que si deja de beber, al mes o mes y medio, se mantiene un síndrome depresivo tienes que dar antidepresivos. Y otras veces, si después de dejar de beber no tiene ni ansiedad ni tiene síndrome depresivo ni tiene nada puede estar perfectamente sin fármacos, ¿vale? O sea que yo te haya dicho que se utilicen fármacos no significa que a diestro y siniestro se administren fármacos.

1: No, no. Evidentemente sé que no es como una máquina de coca cola...

E1: Si no que también es verdad que, en un momento determinado, se valora y se ve pues qué tratamiento farmacológico es el más adecuado en cada momento.

1: ¿Se han dado casos en que las personas se hayan quedado enganchadas, por decirlo así, al tratamiento farmacológico? ¿O no? Quiero decir, esos, por decirlo así, casos extremos en los cuales... ehh...el remedio, muchas veces, es peor que la enfermedad. ¿Se ha podido producir?

E1: A ver... Se produce cuando no siguen la posología y la prescripción que se les da. O cuando ellos cambian un fármaco por otro que les guste más. Pero, nosotros, tenemos cuidado en a un adicto no darle fármacos para que creen adicción, ¿vale? Por eso te estoy diciendo que los fármacos que utilizamos, tenemos mucho cuidado en que no sean fármacos que producen adicciones y que se utilice una escalada, cada vez más, fármacos. Y por eso, antiguamente, había menos familias de fármacos de los que estoy diciendo y, ahora, hay familias de antidepresivos, de ansiolíticos, antiepilépticos, neurolépticos, que producen menos adicción. No obstante, todos los psicofármacos hay que subirlos y bajarlos progresivamente, no se pueden quitar de golpe.

1: No es que el hecho que más me preocupa, como sociólogo, es el hecho del propio individuo que tiene una camisa de fuerza, que sería la droga, que muchas veces corremos el riesgo de si...

E1: Que no te preocupe, porque cuando tú a una persona está consumiendo fármacos, en un lado del cerebro, lo tienes totalmente descompensado, cuando le quitas la droga, lo que vamos a hacer con los fármacos es compensarle, ¿vale? No que vamos a crearle una adicción si no compensarle. Es decir, regular ese cerebro que está alterado cuando le quitas la droga.

1: ¿Establecemos que hay ciertos estados normales y anormales...

E1: Claro. Si, por ejemplo, tú tienes que tener la noradrenalina, la dopamina, la serotonina... a unos niveles determinados y cuando tú eres un adicto, los tienes bajos, ¿vale? Si yo te desintoxico y te dejo con niveles bajos de neuroreceptores, tu calidad de vida va a ser fatal. Con lo tal, yo te tengo que dar unos fármacos determinados para volver a recuperar lo que tú estuviste bajando o subiendo, dependiendo del cerebro con la droga.

1: ¿Podría darse el caso que haya gente que biológicamente, natural, por su propia forma...por su constitución del cerebro tenga unos niveles, propios, bajos? Quiero decir... traicionado por mis propias neuronas, soy un desviado por mi propia herencia genética...o porque ellos buscan que ciertos estados lo sean porque están fuera de los márgenes contemplados, incluso los suyos.

E1: Sí, sí. Por eso hay personas que son depresivas y no consumen drogas. Por eso hay personas que son esquizofrénicas y no consumen drogas. Por eso hay personas que tienen un trastorno de personalidad y no consumen drogas. Claro, efectivamente. Lo que pasa es que a esas personas si, además, les colocas droga son más vulnerables que otras, ¿sabes? Por eso hay personas que son más vulnerables a crear una adicción que otras.

1: Me gustaría que me hablastes...

E1: Tienes poquito tiempo, eh...je,je...

1: Sí, sí... finalizando ya, eran simplemente 4 o 5 cosas, esto de la intervención y luego la clasificación DSM IV, porque leyendo la Memoria, cuando la leí, estuve mirando por Internet que era una clasificación internacional que se hace, ¿no? Y que tomáis... pero, ¿en qué consiste?

E1: A ver, consiste en: partiendo de la realidad tenemos que tener unos criterios diagnósticos para entendernos todo el mundo, ¿vale? En el cáncer pasa lo mismo; tú tienes una clasificación de cáncer tipo I, tipo II, tipo III o tipo 0 y si resulta que en Australia dicen que tiene un cáncer tipo 0, me tengo que poner de acuerdo para que los mismos criterios de Australia los utilice yo para poner qué es tipo 0. Ahora ya se está hablando del DSM V. ¿Por qué? Porque está anticuado. El DSM IV está anticuado, se van a cambiar los criterios y no es más que una clasificación para que todos hablemos el mismo idioma.

1: De acuerdo. Pero, ¿quién la ha elaborado?

E1: La elaboran en consenso, se elabora en consenso...

1: Pero es la OMS o...

E1: Sobre todo, date cuenta que la drogodependencia forma parte de un trastorno psiquiátrico, quiero decir, un trastorno mental. Por lo tanto, no solamente las drogas sino que todas las clasificaciones, el APA, que es el mundial de psiquiatría...se reúnen una serie de expertos para revisar los criterios, tanto diagnóstico de una esquizofrenia como un trastorno de la personalidad como un consumo de sustancias. Por eso está dentro.

1: Bueno, ya como última pregunta: ¿tú cómo profesional médica crees que... cuál es el peso real que tiene la droga? ¿En qué ámbitos descansa más? Lo digo porque yo, como sociólogo creo que el problema radica, sobre todo, a nivel social; quiero decir: la propia estructura, la sociedad como la elaboración que hace de la droga, las herramientas que tiene un individuo a su disposición a la hora de enfrentarse a esa situación...

E1: Mi pregunta te la has contestado tú hace tres minutos cuando me has preguntado... de todas maneras hay personas que tienen desregulaciones del cerebro...Todo lo que has dicho tú más una persona que tenga una alteración de esas que me has dicho tú, contribuye a desarrollar una dependencia. Por eso es un biopsicosocial.

1: Vale.

E1: ¿De acuerdo?

1: Bueno, pues, desde aquí agradecer tu disponibilidad y tu tiempo... y tus respuestas y, simplemente, si quieres añadir alguna cosa más como punto final a esta entrevista...

E1: No, creo que ya está bien y todo claro.

1: Gracias.

E1: Gracias a ti.

ASISTENCIA E2:

1: Me gustaría presentarme: soy Jorge Marrón Abascal. Soy estudiante de doctorado en Sociología por la Complutense y, bueno, estoy haciendo la parte final de los cursos de doctorado. Como colofón a estos cursos tengo que realizar una tesina o una pequeña tesis que sirva como introducción a mi tesis final de doctorado.

Estoy haciendo estudios sobre desviación social. Es decir: esa rama de la Sociología que se encarga de aquellos individuos, integrantes de una sociedad, que se encuentran más alejados de la norma, ¿no? Y como tal, para este proyecto en concreto, he decidido centrarme en una institución muy concreta, que es el IA, y la función que este organismo, esta institución, tiene para la ciudad de Madrid, para sus ciudadanos; es decir: qué servicios ofrece, cómo los ofrecen, cómo los elaboran y qué servicios dan a sus ciudadanos. Simplemente eso.

Bueno, antes de realizar la entrevista confirmo una confidencialidad que va a ser estricta, no pienso revelar más allá aquello que no veáis de acuerdo y demás. Cualquier tipo de duda a la hora de formular las preguntas y demás, me gustaría...si tenéis una duda lo decís e intento facilitarla lo más posible y nada, bueno...

E2A: Más que duda, sí que queríamos hacerte algún comentario y es que nosotros, vamos, lo vamos a contestar desde un punto de vista institucional. Es decir, hemos visto las preguntas y muchas, de las preguntas, muchas tienen un carácter muy académico o muy teórico, que entendemos que eso lo puedes ver en cualquier manual. Nosotros te vamos a contestar desde el punto de vista de la institución.

E2B: ...Los servicios que damos.

1: Mi idea es eso: captar. Sabemos que parte de la institución es estructura pero me interesa conocer esa parte viva que vosotros como profesionales del propio instituto....más allá de vuestras propias respuestas, estrictamente formales, desde el plano en el que vosotras os encargáis pues me gustaría ver, no simplemente la visión sobre papel sino que vosotros elaboráis para luego saber...hacer de complemento de la memoria de aquellos documentos que X me ha pasado....

E2A/B¹⁵⁵: Ajá.

1: ...ir completando aquellas lagunas que a lo mejor a mí me hayan podido salir. Sin más, me gustaría, bueno, para romper el fuego que me describieseis quiénes sois, cómo llegasteis, cómo empezasteis...bueno, saber cómo ha sido vuestra....vida laboral, vuestra experiencia, cómo está siendo dentro del propia IA.

E2B: Perdona,

E2A: ¿Qué utilidad tiene ya eso respecto al estudio que tú estás diciendo?

E2B: Claro, eso quería...claro.

E2A/B: (risas).

1: Simplemente es saber perfiles para saber con quién estoy hablando. Es decir a la hora de...

E2B: Bueno, entonces con que te digamos la profesión y qué hacemos.

¹⁵⁵ Este código es utilizado en esta transcripción como forma de integrar la respuesta que ambas personas a la vez. Habrá momentos en que podamos individualizar cada respuesta pero en los casos que no podamos utilizaremos esta nomenclatura para presentar las respuestas que ambas personas dan a la vez o de forma conjunta.

1: De acuerdo.

E2B: Es decir nuestra trayectoria vital para lo que estás haciendo... es que vamos...

E2A/B: (risas).

1: No. Dentro del propio IA.

E2B: ¿Dentro del propio instituto?

1: No sé, por ejemplo: X me comentó que ella comenzó hace 20 años en el CAD de Vallecas, X me dijo que lleva también 10 años, X me dijo que empezó en el de San Blas, no sé, es decir...ehhh... como entrasteis en contacto con la institución y como habéis funcionado dentro de ella. Simplemente un perfil para saber quiénes sois.

E2B: Ajá. Vale. ¿Empiezas tú?

E2A: Sí. (Jejeje). Pues yo...ehh...llevo muchos años en el ayuntamiento pero, en concreto, en el IA creo que son 13 o 14...

E2B: Desde el 93.

E2A: Sí. Estuve 8 años trabajando como psicóloga, bueno: soy `psicóloga. Estuve 8 años trabajando en el CAD de Hortaleza como psicóloga y luego, ya, pasé al departamento de Asistencia y Gestión hace...es que ya se me van las fechas... hace 2000...

E2B: 2002...2003?

E2A: Sí...en torno a 2002 y llevo desde entonces en el departamento de Asistencia como adjunta de X. Y ese sería un poco el resumen.

E2B: Exacto. Y yo también entré en el 93. Soy psicóloga también. Entré en el CAD de Latina de psicóloga. Estuve allí hasta el año 2004. Pasé a dirigir el CAD de Arganzuela desde el 2004 hasta el 2008. En el 2008 pasé ya a hacer labores de gestión en el departamento.

1: ¿Podrían decirme, explicarme más allá de cómo viene explicado en la memoria lo que es el departamento de Asistencia? ¿Podrían concretarme la base fundamental de trabajo a la hora de, bueno, elaborar los planes de asistencia y aplicarlos a la población con necesidades?

E2A/B: Mmmm...

1: O con los propios usuarios.

E2B: A ver. Nosotros lo que hacemos es coordinar todos los programas asistenciales de los centros de tratamiento. Supongo que te habrán comentado que tenemos, ahora mismo, 11 centros de tratamiento: 7 de titularidad pública y 4 concertados y, nosotros, desde el departamento de Asistencia lo que hacemos es coordinar todos esos programas y todos los recursos que llevan apareados estos programas de asistencia.

1: Ajá.....Me gustaría comenzar, por ejemplo: ¿cómo sería el protocolo de iniciación al tratamiento? Es decir, cuando un individuo a través de su familia, por decirlo directamente así, o a través de su propia iniciativa cree que tiene un problema de dependencia: ¿cómo es ese protocolo de admisión? Es decir cómo se empieza el tratamiento.

E2B: El acceso a los centros puede ser por muchas vías: o a través de nuestros recursos de captación, a través de derivaciones de atención primaria o bien por vía directa. Una vez que llega se hace una

acogida administrativa, en la acogida administrativa se toman los datos de filiación y se da una cita. La cita, tenemos compromiso por parte del servicio de darla en un plazo menor de 15 días. En ese plazo, le ve...el primer profesional que le vaya a ver, en principio, se intenta discriminar qué tipo de profesional puede ser el que más le pueda...el más necesario en ese momento. Se pretende que se haga una evaluación inicial por parte de cada área, pero eso no quiere decir que no se empieza a intervenir desde el principio. Es decir, si le ve un médico y se necesita una desintoxicación, se va a iniciar la desintoxicación; pero después se va a hacer una evaluación tanto interdisciplinar como de todas las áreas que puedan estar afectadas por este problema. Y a través de ahí se establecen objetivos y se establecen los recursos, los planteamientos de programa una vez consensuados con el paciente.

E2A: Eso lo tenemos recogido en lo que llamamos protocolo de recogida y valoración, lo digo por si en la memoria en algún lugar lo ves.

1: Eh, bueno...tengo varias preguntas, o varios ejes sobre los cuales me gustaría trabajar. Bueno, sobre todo me gustaría trabajar, estoy muy centrado o muy interesado en todo aquel programa que se relaciona con sustitutivos, anticraving y bueno toda aquella asistencia farmacológica por decirlo así. ¿Cómo catalogarían o cómo valorarían con la experiencia que tiene el propio IA, durante estos años, la aplicación de sustitutivos, por ejemplo específicamente en heroína, en tratamiento para la reducción, deshabituación y demás? ¿Cómo la evaluarían?, ¿es positiva?, ¿creen que por ejemplo sería un tanto agresiva, por decirlo así, para el propio usuario? Teniendo en cuenta las experiencias que ha habido en España de otros profesionales que creen que a lo mejor la metadona no es la mejor manera para combatir esta dependencia, sino que con la propia sustancia se puede trabajar con ella...no sé, es decir: ¿cómo lo veis?

E2A: Hombre, nosotros que empezamos, cuando yo empecé a trabajar y creo que cuando tú empezaste a trabajar (en referencia a E2B) todavía en Madrid no había metadona, no se utilizaba la metadona...eh... hemos podido ver la diferencia que hay de tener ese recurso o no tenerlo. Es un recurso muy válido pero no quiere decir que sea útil y necesario para todo el mundo. Es decir, hay que saberla utilizar con aquellos pacientes que es muy necesario y muy útil y con aquellos que no la necesitan, no. Pero en ese sentido....

1: ¿Cómo se establecería esa diferenciación: para este sería más adecuado, a este sería más...

E2A: Hombre, pues dependiendo de los perfiles. Lo primero dependiendo de la demanda y luego dependiendo de los perfiles. Es decir...incluso dependiendo del momento actual por el que el paciente pase. Es que nosotros, aquí, decimos que hacemos tratamientos personalizados y no es una manera de hablar, sino que es real. Con lo cual es raro que nos oigas decir cosas generales para todos los pacientes. Huimos de ello y no lo hacemos. Entonces la metadona, es que ni siquiera...te digo, perfil, a veces sí; pero el perfil dependiendo de la circunstancia del momento de esa persona, de la circunstancia familiar, incluso de problemas físicos....es decir, intervienen tantos factores que es difícil. Ahora, en general, te digo es un recurso muy válido y muy útil; pero no administrado a todo el mundo y con carácter general.

E2B: Y para nosotros es un tratamiento farmacológico más. Y como tal es como lo estamos utilizando.

1: De acuerdo. Mmm....La principal cuestión es, sobre todo, por si puede haber contrapartidas tanto a nivel biológico, para el individuo, como a nivel social. Es decir, sobre todo eso, igual retomando con el alcohol, los inhibidores y demás....es decir, hasta qué punto, también, socialmente puede ser una espada de Damocles en el sentido tiene ciertos aspectos positivos pero no deja de ser una sustancia, un fármaco, que...que tiene ciertas implicaciones a nivel social. Es decir: no deja de ser una droga, ¿no?

E2A/B: No. es lo que te queremos decir, es lo que te estamos comentando...no es una droga, es un fármaco. Y esa es la diferencia capital.

E2A: Y esa es la diferencia capital que establece el IA frente otras instituciones, otros lugares que puedan utilizar o no utilizar la metadona. Es que nosotros lo consideramos un fármaco. Como tal me dices, no sé, otro tipo de medicamento es una droga, no es una droga...es un medicamento. Se utiliza como un medicamento con las dosis adecuadas como un medicamento y para aquellos pacientes que necesitan ese medicamento. Entonces desde ahí, no lo vemos...

1: ¿Hay una radical diferencia entre droga y medicamento? Es decir la... el control, por decirlo así, de la propia sustancia cantidad, necesidad...es decir un estudio anterior para saber si es idóneo utilizar esa sustancia o no.

E2B: Ahí radica una de las diferencias. Hay muchas diferencias, entre droga y fármaco, y puede ser una de ellas.

1: ¿Podrías decirnos alguna?

E2A: Y pasa, básicamente, por la prescripción médica como cualquier fármaco. La prescripción médica establece una gran diferencia, o sea el análisis, la valoración de un médico sobre quién necesita ese fármaco o no. La prescripción médica a mí me parece básica para medicamento/droga.

1: A la hora de, bueno, aplicar los métodos...cuando el individuo entra en Asistencia somos conscientes de que, por ejemplo, puede manejar cierto grado de ambivalencia; es decir, cree que tiene que dejarlo pero no es capaz o, incluso, no quiere. ¿Cómo se enfrenta el IA a esta realidad a la hora de abordarla y de atacarla, por decirlo así en términos directos? ¿Cómo evalúa la acción el propio IA, en este caso específico, desde Asistencia como departamento? ¿Cómo lo enfoca?

E2A: Bueno, desde Asistencia no sería exactamente...o sea quiero decir...

1: Bueno, en este caso específico...

E2A: ...los equipos, de los CAD, nosotros en Asistencia digamos que...

E2B: Asistencia coordina todos los programas para la intervención que se hace en los CAD y en los CAD se hace una atención integral.

1: O sea, la intervención directa es dentro del propio CAD...

E2A: Vale, vale.

1: ...pero bueno, a mí me interesa la elaboración teórica desde los diferentes departamentos hacéis de la acción. Es decir teoría y práctica es, incluso, un encabalgamiento, ¿dónde empieza la teoría y dónde empieza la práctica?

E2B: En ese sentido, la teoría en la que nos basamos para hacer frente a esa ambivalencia a la que tú dices es la teoría de Prochaska y ampliamente la teoría del cambio, eh. No sé si la conoces y, hombre, no es un momento ahora mismo para ponerte a contar...jejeje...

1: ¿La podrías exponer a muy grandes rasgos? Es una pregunta de las que tenía y que estuve discutiendo con X. Algún rasgo, algún pequeño rasgo...

E2B: La teoría del cambio se basa en cuatro, ¿cuatro?

E2A: Cuatro momentos o estadios.

E2B: ...cuatro momentos: precontemplación, contemplación, acción... 5 en realidad: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Normalmente, eh, a nuestros centros puede llegar una persona en cualquiera de esas fases, desde la precontemplación, en la que ni siquiera contempla hacer algo, hasta la fase de mantenimiento, en la que ya están abstinentes, bastante tiempo abstinentes y lo que quieren es reforzar esa abstinencia. Entonces lo vamos a manejar desde ahí en función del estadio en el que estén vamos a utilizar los recursos y las técnicas y las herramientas adecuadas a cada fase.

E2A: La ambivalencia es más propia de la precontemplación pero se pueden dar momentos ambivalentes prácticamente en todos los... en el mantenimiento es más difícil pero se...puede haber una recaída y en un momento...

E2B: De hecho si llegan en el mantenimiento es que, a lo mejor, también se están encontrando con una ambivalencia importante y por eso llega.

E2A: Pero vamos, característica de una época sería de la precontemplación y, a veces, de la contemplación, sería la ambivalencia.

1: ¿Desde el propio departamento de Asistencia hay ciertas estrategias, es decir, no modelos teóricos que sirvan para aplicar, sí ciertas estrategias en las cuales siendo conscientes que este individuo, en ciertas fases, puede tenerla; ciertas estrategias para vehicular o trabajar ese aspecto?

E2B: Las propias que dan las técnicas.

E2A: Claro, es lo que te estamos diciendo...

1: A nivel de CAD. Es decir, sois conscientes y desde el propio CAD se trabaja.

E2B: Claro.

1: Respecto a las familias, eh... ¿qué peso tiene para ustedes? Es decir, primero: ¿hay un perfil único o mayoritario de tipo de familias que hacen uso de los servicios que el propio IA ofrece? Y luego, bueno, esto como primera pregunta. Luego caracterizarlo sobre y todo y si podéis centraros en las familias solas, como segunda pregunta. Esta primera pregunta: ¿hay un perfil único? O más o menos trabajáis...

E2B: Igual que no hay un perfil único de...

1: O un perfil que sea más necesitado...

E2A: Cada vez menos, además. Porque cuando empezamos a trabajar yo creo que había más...

E2B: Sí que era más parecido.

E2A: ...había un perfil más parecido. Pero según se va ampliando el consumo a muchas más sustancias...

E2B: Y normalizando entre comillas

E2A: Y normalizando...la verdad es que han cambiado mucho los perfiles. Se pueden hablar de algunas características pero insisto, todo esto cogido con mucho cuidado, de que son familias donde existe poca contención, es decir donde hay poca normativa y hay poca contención, pero, insisto, cogido un poco con... esto respecto a las familias en general. Luego, familias solas...creo que tú lo sabes mejor...

E2B: las familias solas sí que pueden tener un pequeño matiz diferenciador, sobre todo en las de adolescentes, y es que suelen llegar a los centros antes de que se detecte el problema de consumo. Y suelen llegar, pues porque empieza a haber comportamientos un poco más de “furtivos”, saltarse más límites pero, pero...algo muy propio de la adolescencia que puede tener que ver con o no el consumo de sustancias.

1: Y estas familias, ¿cómo llegan al propio instituto? Es decir: informaciones que encuentran dentro del propio instituto, a través de web o contactos...

E2B: La llegada es totalmente variopinta. También acceso directo o bien por el boca a boca o bien a través de los servicios de prevención o bien a través del médico de cabecera o el instituto. Es decir...

E2A: Que tiene acceso directo y puede llegar por muchísimas vías, por muchas vías...

E2B: Por muchas vías.

1: Estas familias solas... cómo... ¿qué autoimagen tienen de sí mismas? Es decir, acuden por poner un ejemplo así puro o simple: estamos desamparados, tenemos un problema en nuestra casa. Nuestro hijo es un demonio, entre comillas; es decir, creemos que nuestro hijo tiene un problema... ¿Cómo ven ellos mismos el fenómeno de la droga, por decirlo así, dentro de su propio núcleo familiar?

E2B: Pues depende...hehe...es que claro...hehehe...

E2A: Hombre, un cierto...claro, vamos a ver...Lo que decías: un cierto desamparo como tú lo estabas describiendo. Evidentemente son gente que en un inicio y por eso piden ayuda, no se sienten capaces de abordar el problema. Pero a veces, una vez que se les da información, o sea, a veces vienen un poco siempre “yo-no-soy-capaz” pero sí que es verdad que hay algunos que cuando les das información y pones las cosas, a veces, hay una función que hacemos de información, otra que es a veces una función de contención... En cuanto tú le das valor a la familia, esa familia por sí misma puede. Es decir pero sí vienen con una cierta... quiero decir: “qué-hago-con-este-problema”. Lógicamente, si no, no acudirían.

E2B: Evidentemente. Eso siempre, eso siempre existe. Luego, el perfil, es absolutamente variado.

E2A: Eso siempre está. Pero luego ya te digo: está el que se queda información y con eso funciona, el tal que necesita decirle tú puedes y simplemente y está el que necesita, incluso, instrumentos de comunicación porque no maneja la comunicación.

1: Eso es a lo que me refiero. Lo que quiero decir es: ¿cómo se ven ellos reflejados en este problema y qué capacidad de herramientas o estrategias para a la hora de abordar dentro de su propio núcleo o círculo o espacio o entorno este problema? ¿El propio instituto se encarga de, dentro de la memoria surge, sale, aparece ofrecer habilidades, ¿no?, para luego poder...?

E2B: Sí, lo que te decía E2A antes. O bien damos información y con eso ya la familia a organizarse. O bien, vamos más allá y además de la información, hacemos orientación dando una serie de pautas, una serie de... O ya tenemos que pasar, en determinadas circunstancias, a hacer una intervención un poco más...más selectiva, más indicada con esa familia; a través de grupos, a través de intervención familiar e individual. Entonces, va a ir en función de las características propias de la familia, de la situación... A veces lo que trae la familia no es en absoluto un problema de drogas, es un problema de pautas, de normas, de límites de comunicación familiar. Eso va por un lado, es decir: que va a depender.

E2A: Y mayormente lo que hay es susto. Pero hay susto que también, a lo mejor hay otro tipo de dificultad que tiene la familia que sería...Por eso trabajamos con la familias solas. Un poco para eso [poder] dilucidarlo.

1: Hablando de eso, de familias solas y tratamientos individualizados y haciendo balance, evidentemente cada uno tiene sus pros y sus contras y sus ventajas, por decirlo así... ¿cuál creen que, de práctica no a la hora de abordar el problema e intentar eliminarlo, es más positivo: el de intervención individual o aquella que se centra también en las propias familias? Es decir...

E2A/B: Perdona, cuando dices intervención individual, ¿te refieres a la persona que presenta el problema de drogas?

1: Sí, evidentemente.

E2A/B: Vale.

E2B: Pues hombre, si, si, si hay familias, la familia está dispuesta a participar y a apoyar el tratamiento y la persona que está implicada lo acepta...lo mejor es trabajar conjuntamente. Es lo más efectivo y lo que se ha descubierto. La evidencia científica es lo que te pone sobre el papel. Lo que pasa es que si no se dan todas esas circunstancias pues tienes que trabajar con lo que tienes: o con el paciente solo o con la familia sola o a veces el paciente se niega a que la familia intervenga en el proceso y la familia necesita orientación...se la deriva a otro dispositivo...O a veces es al revés: es el paciente el que se niega a venir. Y se trabaja con la familia.

E2A: Y se trabaja con la familia sola.

E2A/B: Lo ideal...

E2A: Lo ideal es trabajar individualmente con el paciente y también, conjuntamente, con la familia. Eso es lo ideal.

1: ¿Y creen que habría que romper una brecha, hablo desde...a lo mejor ya está rota o en cierta medida se ha abierto ya camino por ahí...es decir: tenemos el individuo, la familia... ¿creen que deberíamos avanzar hacia el plano, no del debate social, pero sí que realmente se produzca un gran debate a escala social en el cual intervengan todas las esferas que generan tejido social? Es decir, por ejemplo, con X de Prevención hablaba sobre la industria privada del ocio: qué peso tiene; y él me dijo que es casi nulo. ¿Creen que cuantas más capas estén implicadas en este debate o este problema mayor será el avance en materia de drogas? O creen que simplemente ciertas cosas como asistencia, en concreto, deben centrarse en historias particulares como por ejemplo familia individuo...

E2A: Hombre yo creo que en Prevención sin duda. En Prevención, sin duda. Y cuantos más lugares se intervenga o, digamos, llegue cierta información, sin duda. En Asistencia... mmm¹⁵⁶... vamos a ver, en Asistencia...yo tengo... ehh... en tratamiento, en general del individuo, creo que es la familia y el individuo. Vamos, principalmente es el individuo, que es el que tiene el problema y luego la familia.

E2B: O en todo caso el entorno más cercano.

E2A: Pero bueno, de hecho, hay, bueno, pues también se hace intervención de mediación que te lo habrá dicho, me imagino, X. O sea que sí se han hecho, por ejemplo: en una, en un barrio donde

¹⁵⁶ Esta pausa nos deja ver cómo la persona, entendida como actor y como ente que desempeña un rol, medita y calcula las posibilidades/idoneidad de ello (aquello que tiene en la cabeza y quiere decir/no decir). Es un espacio de reflexión que se hace sobre la experiencia adquirida. En otras transcripciones y en otros momentos de la transcripción se ven ciertos puntos suspensivos que reflejan la necesidad de buscar las palabras exactas, o lo más posible, a aquello de lo que se habla (o se quiere decir). Esto puede reflejar varias realidades tales como la necesidad de dar una información "aséptica" (o científica –con todos los matices que esta palabra implica-) hasta la habilidad de decir las cosas sin decirlas. Con ello vemos emerger una serie de estrategias que poseen las personas a la hora de transmitir/compartir la información de su experiencia vital en base a las concepciones que los sujetos llevan cuando interaccionan con otra entidad (con quién estoy hablando).

están los cines Luna... sabes, esa zona...bueno, pues había bastante conflicto, por el consumo y tal, y se hizo. El Ayuntamiento estuvo presente en unas reuniones a muchas bandas que, o sea, todo el tejido social participado de esa zona, todo el tejido social, absolutamente todo, participaban: desde los vecinos incluso asociaciones de prostitutas que también trabajaban en la zona, los comerciantes... o sea... Urbanismo también participó en esas reuniones para ver, bueno, si ese tipo de asentamiento de urbanismo...

1: ¿Eso ha sido un caso concreto o se produce más? ¿O debería producirse más?

E2B: Se produce, se genera siempre que sea necesario.

E2A: Claro.

E2B: Es decir que no está generalizado y digamos sistematizado. Pero siempre que se detecta una necesidad sí se puede dar.

E2A: Se produce ese tipo de...

E2B: ...actuación.

E2A: Todo el tejido social, ya te digo. Lo que pasa es, insisto, yo creo que tiene un carácter más preventivo que propiamente asistencial. [Al mismo tiempo que ella dice esto, su compañera asiente]¹⁵⁷.

1: Y, por ejemplo, el ex-usuario o aquel sujeto que ya ha salido de su relación de dependencia con la sustancia, ¿qué papel tiene dentro de lo que es la Asistencia? ¿Tiene un papel activo? ¿Mantiene, sigue manteniendo relaciones? Es decir, me refiero al grupo de iguales.

E2A: bueno...iba a decir sobre el tema de los vecinos...

E2B: A ver, el ex-usuario, digamos la persona a la que se le da el alta.

1: Sí, bueno, digámosle ex-usuario para diferenciarlo de aquel que está activamente dentro del... (IA).

E2B: Efectivamente. Estamos hablando de una persona a la que le hemos dado el alta. Normalmente, la persona a la que hemos dado el alta no tiene más relación. Sí se va a empezar, pero no sé si habrás tenido ya reunión con la parte de reinserción... o vas a tenerla...

1: Sí, lo sé.

E2B: Hay un proyecto de hacer un seguimiento post-alta pero como seguimiento. O sea Intervención, bueno, pues a través, a lo mejor, de un programa tipo bola de nieve y demás pero no, no... Normalmente la persona a la que le das el alta, le das el alta y no... igual que si le das el alta de un servicio sanitario.

¹⁵⁷ Aunque es una conversación de tres personas se producen cambios en la interacción. Las entrevistadas, al pertenecer al mismo grupo, se juntan y se refuerzan la una a la otra porque lo que se quiere reforzar es la visión de la institución que ellas encarnan en este momento (asumen su forma: la representan). Esto significa que, en ciertos momentos, se puede imponer una idea/se refuerza un argumento puesto que 4 ojos presionan más que 2. Por otro lado, al ser dos cabezas pensantes y diferenciadas cada una posee su propia forma de ver las cosas (experiencia+subjetividad). La capacidad de aprovechar esto en su favor (del investigador/entrevistador) es fundamental para captar esos momentos donde puede existir una incoherencia o algo con lo que no esté de acuerdo la otra parte y, así, recoger un desencuentro y poder profundizar en ello y enriquecer el posible análisis de la situación. No obstante, no dejan de ser estrategias pre/durante/post (que creemos que tenemos/tienen de cara) a la entrevista y jamás tenemos la certeza de si alguien dice la verdad o no.

1: Vale, entiendo. Yo, por ejemplo, me refiero a nivel terapéutico/de apoyo. Es decir, por ejemplo: una persona que ha tenido cáncer... eh... puede ayudar a otra persona que esté en esa fase a... en ciertos momentos... a ver en qué estado está. Es decir: ¿el propio instituto ha intentado, tiene en mente o captar a estas personas para... como sabios, como sabios, por decirlo así, del propio itinerario o mundo marginado en el que ellos han vivido que es la droga para, bueno... lo que es la droga y la recuperación...es decir para así ayudar al sujeto que tiene una problemática de drogas para intentar mejorar la calidad del servicio...?

E2A: No es la, la... no es la idea del instituto. La idea que tú dices se ha utilizado en algunas instituciones. La utilizan pero claro: no es comparable lo que tú decías del cáncer...que realmente tampoco se ayuda al cáncer pero si hay un apoyo humano. Pero claro, en el cáncer no hay recaídas personales del individuo. Es decir: se corre mucho riesgo con ese...consideramos desde aquí y creo que hablo por todo el instituto, se corre mucho riesgo con personas que han sido... que han tenido problemas con las drogas. Lo han superado pero, evidentemente, el riesgo de una adicción está ahí. Que esas personas ayuden a otras... otra cosa es que no participe como se puede participar en cantidad de asociaciones... cuando hay algún detenido... por ejemplo Solidaridad Humana. Pero otra cosa es que apoyes un tratamiento. O sea, corren mucho riesgo tanto el que está en pleno tratamiento como el que el que abandona el tratamiento porque el problema de recaída en una adicción existe. Cosa que a lo mejor no existe en otra...

E2B: Sí está contemplado el, a veces, a través de asociaciones y demás el, el trabajo con grupos de apoyo pues de iguales, grupos de gente...pero no incorporados a los programas de tratamiento sino como grupos de apoyo. Eso sí está contemplado y, de hecho, se trabaja con grupos de alcohólicos rehabilitados o narcóticos anónimos etcétera... pero no incorporados a lo que es puramente asistencial, al tratamiento.

1: ¿Quizás tendrían algo que ver las comunidades terapéuticas? Quiero decir: ¿quizás dentro de las propias comunidades terapéuticas podríamos situar a esta figura? O... simplemente en otro tipo de...

E2A: No sé si te refieres a que en algunas comunidades terapéuticas, en algunas, no en todas,

1: Claro, claro...Por eso te decía.

E2A: ...Y cada vez menos. Pero sí que es verdad que eso se hacía en un tiempo, eh. Los, eh, los ingresados que llevaban más tiempo se ocupaban del acompañamiento de los que acababan de entrar, ¿no? Cuando estaban en periodo de desintoxicación y tal, los acompañaban, se pasaban... Claro, pero están en un sitio absolutamente donde hay contención porque están en un sitio cerrado y entonces, ahí, sí que es verdad que no hay riesgo. Y sin embargo, sí que un poco la experiencia o el...más que la experiencia yo creo que la empatía en las emociones que puede estar sintiendo esa persona que acaba de ingresar...pues uno que ha pasado por ello, es mucho más fácil, la empatía. En el sentido, pues, abre mucho más lo que hay que decirle a una persona que está así. Pero, claro, estás en un sitio absolutamente cerrado donde están todos en tratamiento. Es diferente. Pero incluso eso, eh, cada vez se hace menos, porque sí que es verdad que se empezó a ver que está gente que ya llevaban dos o tres meses en la comunidad, al estar en contacto con la persona que acaba de salir y que, claro, tenía deseos y hablaba sobre los deseos que tenía de consumo, ponía en mucho riesgo...lo hacía pasar bastante mal al que ya llevaba tres meses. Con lo cual es verdad que esa práctica se ha hecho dentro de las comunidades, que algunas siguen haciéndolo dependiendo, me imagino, del paciente como sea o de su perfil, pero... es muy diferente eso hacerlo en un tratamiento ambulatorio a hacerlo en un tratamiento...

E2B: Y, además, no son ex-pacientes, siguen siendo pacientes...

E2A: No, claro. Están ese momento...en tratamiento.

1: Yo sobre todo me refería a pacientes de larga trayectoria que ya tienen cierta resistencia, han adquirido ciertas capacidades de autocontrol, ¿no? de autodefensa. Por decirlo así y son capaces de: primero, controlar su propia necesidad; y segundo, poder apoyar, a través de su propia experiencia pasada y de su...

E2A: Ya. Pero eso es lo que te decimos que eso... mmm... no es... tan claro.

1: Desde Asistencia, ¿cómo se trabaja a la hora de apoyar esos factores de autocontrol y de autocuidados? Es decir, ¿cómo, cómo elabora el propio departamento de Asistencia del IA el trabajo que hay que realizar sobre un paciente o un usuario o un individuo centrándose en esos aspectos de autocontrol y autocuidados...? Es decir, el propio individuo y su adicción: cómo se trabaja en ella generando mecanismo de autodefensa.

E2B: Tendríamos que estar aquí tres semanas...jejeje...

E2A: ¡Claro! Es que...

E2B: Y, además, vamos a tener que cortar porque tenemos una reunión...

E2A: Es que esto que nos estás preguntando todo el rato, te volvemos a decir, o sea... nosotros desde el departamento de Asistencia se realizan los protocolos de intervención eh...con los pacientes y en sustancias... Pero luego ehh... te digo esto porque es importante porque estás dando bola por aquí y te lo estamos diciendo brevemente... Todos los equipos técnicos que nosotros trabajamos, que nosotros tenemos en los CAD, eh, tienen, ehhh...no sé cómo llamarlo... no sé si llamarlo libertad de cátedra, pero quiero decir que pertenecen a muchas escuelas por ejemplo los psicólogos, o sea, y cada uno trabaja desde su propia experiencia, de su propia, digamos, teoría. Lo que sí es verdad es que para unificar, o sea, para que, evidentemente, haya una intervención unificada establecemos protocolos. Quiero decir: ¿cómo trabajan el autocontrol? Pues cada uno trabaja el autocontrol desde las directrices que marca el protocolo de intervención en esa sustancia y desde su propia experiencia y formación personal.

E2B: Y desde sus propias herramientas

E2A: Y las propias estrategias que dictamine el equipo interdisciplinar que trata a ese individuo.

1: O sea, quiero decir: en el propio departamento de Asistencia genera una elaboración o no...

E2A: De protocolos de intervención.

E2B: A ver hay protocolos...

E2A: ...y luego ya...

E2A: ...y luego...

1: ...lo dejáis en manos de...

E2A: Claro.

1: ...pero quiero preguntar y vosotras me digáis...

E2A: Claro, claro.

1: ...una elaboración basada en esto, en esto. Pero, luego, es el propio CAD o el equipo técnico de...

E2A: Pero no.

E2A/B: Además, además.

1: Sí, sí, sí.

E2A: Quiero decir...que no espero... ¿entiendes lo que queremos decir?

E2B: Es decir: hay unas directrices de, de, de... protocolizadas. Es decir, lo que te hablamos antes de la acogida, valoraciones interdisciplinares, el establecimiento de objetivos en función de lo que se ha valorado desde cada área en función de lo que se ha valorado en cada dimensión que pueda estar afectada...

E2A: Una serie de circuitos... itinerarios...

E2B: Itinerarios terapéuticos.

E2A: ...terapéuticos que son más, o sea, son más...

E2B: Pero en cuanto a los instrumentos que se utilizan, en cuanto a herramientas, sobre todo desde el punto de vista psicológico...porque, quizás, las herramientas farmacológicas están más protocolizadas y ahí tienes los protocolos que están publicados en donde ves qué tipo de fármacos se utilizan en determinadas situaciones...pero todo lo que tiene que ver más con herramientas del tipo de intervención van a ir en función de bagaje profesional que tenga cada persona, de lo que establezca cada equipo que ha valorado eso, el equipo interdisciplinar. Ten en cuenta que los equipos interdisciplinares hay médicos, hay enfermeros, terapeutas ocupacionales, hay trabajadores sociales y hay psicólogos. Entre todos ellos van a generar unas estrategias absolutamente científicas y contrastadas. Pero cada uno sus estrategias que valore adecuadas a cada momento.

1: ¿Sociólogos hay?

E2B: Sociólogos en un CAD no.

E2A: Eso que dices...es como te digo... es como el tipo de grupo. Un tipo de grupo no podemos hablar de un único tipo de grupo. Hay grupos desde ludoterapia, ehh... grupos dinámicos, grupos más informativos... Es decir que hay muchos tipos de...

E2B: Prevención de recaídas...

1: Evidentemente, pero...ehh... soy consciente de esa parte pero me gustaría saber...yo me quiero centrar en el plano, por decirlo así, superior o previo en el cual se elaboran para, luego, pasar a los diversos...técnicos o CADs o...ya te digo, grupos; los diversos protocolos a aplicar y que luego son ellos los que...Es decir, me gustaría, me interesa saber la elaboración del propio instituto genera o crea para sobre estos aspectos...

E2A: Eso son los protocolos de intervención. Eso es un poco donde afinamos lo más. Luego ya lo otro queda...

E2B: Ten en cuenta que nosotros tampoco podemos afinar absolutamente todo. Ni siquiera los itinerarios terapéuticos porque te estamos insistiendo todo el tiempo que son intervenciones individualizadas con lo cual los itinerarios terapéuticos se establecen sobre gen... cosas más genéricas...

E2A: sobre generalidades, sobre posibilidades.

E2B: ...para luego aplicarlo sobre la particularidad porque no va a ser lo mismo una persona, lo que te decía antes, con familia, con trabajo, con tal...por mucho que tenga el mismo tipo, por así decirlo entre comillas, de dependencia que otro que está en la calle...

E2A: O que lleve 10 años viviendo en la calle o tal...no se sabe...

E2B: Claro. El itinerario, las estrategias de intervención y los recursos a utilizar van a ser totalmente diferentes.

E2A: Son completamente... Incluso lo que tú decías...hasta tan en detalle de los tipos de instrumentos que tú utilizas para autocontrol. No es lo mismo porque...no es lo mismo...el avance que pueda tener una persona que tiene una vida absolutamente superestructurada, un poco de autocontrol...que ya te está dando una base de autocontrol muy alta que una persona que, insisto, lleva 20 años en la calle.

1: Hay ciertos detalles que sólo los puedes ver sobre el propio campo.

Me gustaría terminar, sólo dos...un par de preguntillas y ya...os lo prometo.

E2B: Que tenemos que terminar ya...sí.

1: Sobre todo por... la asistencia con patologías duales, ¿no?, y el peso que tiene SaludMental dentro de este... la intervención o la aplicación de ciertos esfuerzos sobre una población que aparte de ciertos problemas... problemática de drogodependencias, tiene, al lado o relacionado con ello, un problema de salud mental, enfermedad...

E2A: ¿Pero a qué te refieres con patologías duales? Porque patología dual hay una.

E2B: ...jujuju... Lo que es diferente es el trastorno mental que tenga asociado. Pero la patología dual...

1: Ah vale, vale. De acuerdo. Lo que me refiero con patología dual es...

E2B: Es la concurrencia de...

E2A: Osease, es el trastorno mental que tienen asociado a...

1: Evidentemente. No me refiero a los trastornos mentales...

E2A: Vale, vale.

1: ...sino a un...droga más problema psicológico o como...

E2A: Asociado. Sí, sí. Patología dual. Vale, vale.

¿Dices que cuáles son las, los trastornos mentales más asociados a la adicción?

1: Sí...los más asociados y...

E2A: los más habituales...los más...buenos los más asociados no... los más habituales..., perdona.

1: ...bueno, los más habituales...Y cómo se trabajan sobre ellos...

E2B: Sí.

1: ...cuáles son...si no quieres, puedes...

E2B: Cuáles son, lo tienes en la Memoria. Yo creo que lo tienes mucho más claro ahí.

1: Sobre todo no es tanto que digáis sino cómo se conciben...Es decir que me expliquéis cómo se elaboran los planes a la hora de atender un problema con una población específica.

E2B: Ajá. A ver, los planes se elaboran, como hemos mencionado antes, exactamente igual. Quizá, con respecto a la patología dual, la diferencia sí que es que hay un itinerario específico para patología dual. También particularizando en función de las características individuales, pero sí que es cierto que hay un itinerario concreto que tiene que ver con todos los recursos relacionados con la patología dual. Tanto para valoración del caso como para ingreso y estabilización como para inserción social.

1: ¿Puedes seguir explicándomelo pero poniendo un ejemplo práctico? Por ejemplo...

E2B: Por ejemplo: llega una persona en la que se le ve algún indicio de patología dual; porque te puede llegar ya con diagnóstico o sin él. Bueno, te llega con algún indicio de patología dual, se valora por parte del equipo terapéutico y se puede, se suele pedir ehm...

E2A: valoración...

E2B: ...valoración a la unidad de patología dual.

E2A: La unidad de patología dual que es un recurso que tenemos.

E2B: Entonces, la unidad de patología dual es un recurso hospitalario y es un recurso de día. Harían la valoración allí. Si la valoración da como resultado que sí que hay un diagnóstico de patología dual...se puede...se podría quedar ingresado con la desintoxicación y la estabilización, tanto de patología como de consumo de sustancias, durante un período máximo de tres meses... Podría pasar, a partir de ahí, a la Unidad de Patología Dual si se considera necesario y adecuado. Si no, desde ahí, podría pasar a cualquier otro tipo de recursos: bien piso de apoyo, piso de inserción o bien a su casa en coordinación, y ahí entra la otra parte, con SaludMental.

1: ¿Podríais describirme a grandes rasgos SaludMental? Es decir: la relación que tiene SaludMental con el IA a la hora de...

E2B: A ver, no tenemos ninguna relación protocolizada con SaludMental. Sí que hay relaciones y reuniones de coordinación en cuestión de casos, en cuestión de relaciones con los diferentes centros, tanto de SaludMental como de la red del IA. Entonces en el momento que hay un caso en común, sí que hay coordinación con SaludMental.

E2A: Y luego tenemos derivaciones de la propia SaludMental. Hay pacientes que nos vienen derivados de SaludMental porque detectan, están en tratamiento en SaludMental y detectan un problema de drogodependencias y demás...de todo tipo.

1: No elaboráis planes juntos, conjuntamente, pero sí si encontráis un sujeto el cual tenga un problema de A, un problema de B y se trabaja...

E2A: ...se le deriva a SaludMental y ellos, a su vez, lo derivan al instituto...

1: Vale. Bueno, una última pregunta...esta la voy a leer porque...

E2A/B: jejeje...vale.

1: ¿Qué creen que empuja a un sujeto a consumir y a profundizar, mucho más, sobre su relación con la droga; adquiriendo, con ello, un status de drogodependiente?

E2A: Es que nos haces unas preguntas que son...ojalá...

E2B: Esa última pregunta, necesitas dos o tres días...jejeje...ojalá lo supiéramos...

E2A: Es decir...

1: Siendo, vosotras, profesionales de la asistencia: ¿qué es lo que hace a un individuo que sea consciente de aquello que hemos dicho, supere su relación de ambivalencia, que sea consciente que tiene un problema, que quiere trabajar por ello; pero, sin embargo, sigue más allá. Es decir, ¿cómo es po.... entiende el propio IA las recaídas, que el sujeto esté realmente...este hecho rehabilitador...que es estar en el instituto y demás, él lo comprenda como simplemente una fase más dentro de su propia vida que no como una forma de cortar con esa sustancia/esas sustancias que son las que le generan una vida cortada, por decirlo así, o sesgada o imperfecta, ¿no? En cierta medida...

E2B: A ver, yo creo que ahí nos podemos remitir a lo que dice la ley de drogodependencias. Es decir, la drogodependencia es una enfermedad crónica y con --¿recidibas?-- y como tal tenemos que tratarla, pero teniendo en cuenta, también, el concepto de salud eh... que dicta la Organización Mundial de la Salud y que cada vez más, afortunadamente, la tenemos en la cabeza. Es decir: la salud no es una salud física, sino que psicológica, psicosocial... Es decir: tener contacto con unos ámbitos que tienen que ver con la salud.

1: Vale. Es que me ha gustado eso último que has dicho...

E2B: jeje.

1: ...es decir: en la Memoria he visto que con el alcohol se establecen ciertos límites en el cual se habla de consumos abusivos. Es decir, cuál... ¿podemos decir que cuando se pasa ese límite o esa línea de consumos abusivos, realmente hay un problema de drogodependencias? O antes de cruzar esa línea imaginaria de eso...660 Cl de alcohol al día...Previamente, antes de cruzar esa línea, ¿podemos decir que hay una drogodependencia, una situación abusiva o un problema? O antes de que se cruce esa línea el individuo sea capaz de manejarse... También sabiendo los peligros que corre, quiero decir él cree que lo maneja pero a lo mejor no lo maneja... ¿creemos que son, simplemente, divisiones artificiales que se establecen para decir "aquí-hay-un-consumo-problemático" o, realmente, previamente, es cuando el sujeto empieza a consumir cuando, ya, se puede detectar un consumo problemático?

E2A: Hombre...Ahora y los últimos avances es que hasta neurológicamente parece que se puede, que se puede hablar de una cierta predisposición. Pero, evidentemente, si se dan todos los factores que...es decir, o sea... es lo último que al menos yo he oído es que neurológicamente sí hay individuos que parecen que tienen una cierta predisposición. Si eso existe a nivel neurológico, a nivel caracterial. A nivel ehh... se podría hablar de gente que, evidentemente, tiene más papeletas. Pero claro, las papeletas...tienes que jugar. Entonces, bueno, pues en esa línea, yo, creo que todos los que hemos trabajado con drogas, tenemos experiencias de que sí podría haber ciertas personas que tú les ves que tienen más predisposición. Pero siempre que se den unas serie de factores. Y luego, como necesitas un criterio, realmente para que nos entendamos de lo que estamos hablando, pues existe ya el diagnóstico DSM IV de abuso, de no se qué...y dices...sí pero es verdad. Hay personas que incluso antes de que se de el abuso, si tú ya con la intuición profesional que tienes... dices, pues bueno, esta persona...uff...que no se cruce con ella, ¿no? Y hay gente que, bueno, dice que si se cruzara...tendría muchas...pero posiblemente, a lo mejor, se manejara de otra... pero insisto, desde el nivel neurológico...

1: Quizás porque a lo mejor también socialmente estamos un poco desprotegidos. Es decir, la idea del mito y la realidad de la droga.

E2A: Claro, pero te digo: todo esa desprotección social hace más, afecta más a aquellas personas que tienen...

E2B: Predispuestas.

E2A: ...una predisposición. Posiblemente una persona que no tenga una predisposición se maneje bien. Pero claro, con una persona desprotegida este ambiente mmm...es un factor de riesgo.

1: Bueno... agradecer vuestra colaboración y vuestra participación, vuestro tiempo. De nuevo, perdonadme por llegar tarde.

E2A/B: Nada. Gracias a ti.

1: Y como colofón final, me gustaría...bueno, siempre me gusta dejar un espacio por si alguien quiere aportar algo o decir alguna cosa más: hacia esfuerzos, como profesionales, entrevistados, sujetos entrevistados que sois...por si queráis aportar alguna cosita más o si no, pues aquí lo dejamos.

E2B: Sólo que nos gustaría verlo cuando lo tengas...

E2A/B: jeje...

1: Ya veremos, ya veremos...

E2A/B: jejejeje...nos gustaría...

1: De acuerdo. Desde aquí mi compromiso que cuando lo tenga, a ver qué os parece, os lo paso y os dejo que me deis vuestra opinión.

E2B: Venga.

1: Bueno, ¡muchas gracias!

E2A/B: De nada. A ti.

PREVENCIÓN E3:

1: Antes de nada quisiera presentarme. Me llamo Jorge Marrón, soy estudiante de la facultad de CC. PP. y Sociología de la Complutense y bueno, este proyecto entra dentro de los planes de doctorado, porque estoy realizando los cursos de doctorado y bueno, son unos cursos de formación, y como parte final entraría a hacer lo que sería una tesina o un proyecto de investigación, previo a la posterior tesis doctoral, ¿vale?

Bueno, yo estoy trabajando temas, sobre todo, de desviación social, que es una corriente muy importante dentro de sociología aunque es verdad que está dejada un poquito de lado, por decirlo así.

Para este proyecto me interesa saber qué es el Instituto de Adicciones y la función que este organismo tiene para con la ciudad de Madrid, ¿no?: en el sentido de decir cuál es su función, su razón de existencia y cómo es su día a día. Luego: esto pretende ser una entrevista en la cual, usted como profesional....

E3: Si quieres nos tuteamos, vamos a estar más cómodos todos.

1: ...tú como profesional, tu trayectoria dentro de este organismo...pues quiero que me cuentes tus propias experiencias y...los conocimientos que has ido aprendiendo y que pones en práctica en tu departamento...y... Luego, bueno, incidir en aspectos como la confidencialidad, que no voy a...pues eso: decir nada más allá, se va a respetar la identidad de cada persona y demás...y que, bueno, el hecho de grabarlo es un formalismo que se me pide desde mi institución, por decirlo así, en el cual...es un formalismo que se tiene que hacer para registrarlo para luego, a partir de ahí, trabajarlo.

E3: Muy bien.

1: Solamente eso.

E3: Bueno, yo, supongo que vienes de hablar, ya, con X, ¿correcto?

1: Ajá.

E3: Supongo que ya te ha dado mucha información y válida; y detallada, seguramente. Por las limitaciones del tiempo, no por otra cosa, si quieres y tienes la entrevista un poco más estructurada y tal, pues entra al grano directamente.

1: Bueno, pues si quieres...ehh....para que no sea tan duro, si quieres presentarte...

E3: Venga.

1: ...a quién representas o en qué departamento estás, qué es lo que tú haces dentro de la propia institución...

E3: Muy bien, pues así rapidito.

1: Luego, ya, entramos en materia...

E3: X, psicólogo, de profesión, y trabajo en el departamento de prevención del IA, ¿eh? Voy a decir que desde hace....unos 10 años. Anteriormente si que he estado en Asistencia, ¿eh?... a drogodependientes, en los CAD.

Muy resumido, la misión dentro de este departamento: soy jefe de sección de programas de prevención, y dentro del departamento y aquí, donde estamos, pues la..la...la función principal es la gestión de los programas, ¿mm? Hay todo un abanico de programa de prevención y bueno, hay que gestionarlos, hay que seleccionarlos, hay que elegir, hay que diseñarlos, hay que planificarlos, hay que ponerlos en marcha, hay que desarrollarlos, hay que evaluarlos... ¿mm? Unos programas muy propios, desde aquí, otros en convenio con otras entidades... o sea: hay un abanico de programas preventivos, pues, muy amplio que es la simple...Se dice en una palabra, pero contiene mucho, ¿no? La simple gestión, ¿no?, de esos programas yo definiría como que no soy yo sólo quien la gestiona... Estamos hablando de todo el departamento de prevención y yo, dentro de él, la función fundamental es esta: gestión de los programas de prevención.

1: ¿Qué peso tiene la prevención dentro del IA? Como acción...

E3: Pues mira, dos tipos de respuesta: una, tiene, en la actualidad, y en el IA, como muchísimo voy a decir duplicado, triplicado...y a lo mejor me quedo corto, en la actualidad y en relación al pasado, no tan largo pasado....se ha duplicado, se ha triplicado el peso de la prevención. Eso es una respuesta que, vamos, es la realidad. Presupuestariamente, en recursos humanos, en recursos materiales, en puesta en marcha de programas, de convenios...o sea, ha crecido el departamento en los últimos años sustancialmente. Y hay que decirlo.

Luego, la segunda respuesta es...bueno, pues la prevención yo creo que, aunque siempre se dice y algo de razón tendrá, y tiene, es...bueno, la prevención es la hermana pobre, ¿eh? Porque, mucho está claro, para todos, que la prevención...que más vale prevenir que curar, ¿verdad? Pero bueno, estamos en una sociedad donde en general, y no sólo en el IA, pues prevalece la asistencia, lo asistencial, la urgencia, la atención... sobre la prevención. Insisto, ha crecido, ha crecido pero muchísimo en los últimos años, ¿eh? No llegaba a ser un departamento de prevención cuando éramos Plan Municipal contra las Drogas. Era una sección y una sección pequeña. Y hoy podemos hablar de todo un departamento con un equipo y con mayor presupuesto y...

1: Mayor dotación de recursos...

E3: Sí, sí, sí. Efectivamente.

1: De acuerdo.

E3: Más cosas.

1: Bueno, entrando en más cosas...

E3: Jorge, si me enrolla mucho, tú dime: ya me he enterado, pasamos a otra cosa...

1: No, no. No te preocupes, no te preocupes. Está bien.

Ehh, bueno...en la memoria, que es el principal documento con el que he estado trabajando, la memoria del IA, encontré, he encontrado, ciertas preguntas...ciertos contenidos sobre los cuales he hecho ciertas preguntas y bueno...se las he pasado a X, hemos estado trabajándolas y demás...ciertos conceptos, ciertas ideas que o no me quedaban muy claros o, a lo mejor, tenían cierto juego y que me podían interesar a la hora de ello.

Por ejemplo: la idea del riesgo y del nivel de riesgo, ¿no?, ¿qué factores, qué elementos son los que el propio departamento de prevención establece para hablar de un nivel de riesgo? Y Luego, a partir de ese nivel de riesgo, ¿cómo se selecciona esa población de riesgo?

E3: Bueeeno... ¡qué pregunta!...Yo necesitaba dos mañanitas...je...para...es que es muy buena...y muy importante, en prevención. El concepto de riesgo, bueno pues...hay jornadas enteras para debatir qué entendemos por riesgo, dónde ponemos los límites y lo llamamos así, en qué momento, en qué sitio y por qué ponemos el límite de aquí para allá es mayor riesgo o menor riesgo y por qué seleccionamos grupos. Desde todas las teorías... yo desde aquí te remitiría que a lo mejor ya lo conoces, seguro que sí, te remitiría, sobre todo, a la documentación de Elisardo Becoña... eh... que es el autor para el Plan Nacional y como autor...

1: ¿Cómo dijiste?

E3: Elisardo Becoña. Colabora con el Plan Nacional sobre Drogas desde hace muchos años, está en el Plan de Galicia, es un catedrático...mmm bueno, de los de mayor prestigio. Pero sí que para...hay muchos, pero yo te señalaría Elisardo Becoña. Tiene dos textos importantes que está todo centrado, sus teorías, en factores de riesgo y factores de protección. Es un análisis interesante, hay otros y podríamos hablar pero me parece que ante tu pregunta eh...eh... es el autor que más ha trabajado esto. Es muy amplio. Porque empezando a llamarle riesgo a la edad, ser adolescente...ya se considera un riesgo. Podemos decir que por el hecho, por la variable, de ser adolescente podíamos decir que están en riesgo. Y no nos equivocaríamos, ¿verdad? Pero cuando tú me haces la pregunta, yo creo que estás pensando más en: ¿por qué hay unos colectivos específicos y zonas geográficas donde por unas carencias sumado eh...una suma de carencias sociales y etc.. o familiares y contextuales se les considera de alto riesgo cuando a otros de un colegio de Salamanca? Pues en comparación con este tipo de riesgo diríamos que no están en riesgo cuando empezamos ya a equivocarnos, eh? Los chicos que están en el mejor colegio privado del Barrio de Salamanca tienen unos niveles de riesgo, de otro tipo de riesgo y a otros niveles, que es difícil comparar. Por eso te digo que la pregunta tiene mucha enjundia porque se piensa, hay un casi estereotipo de aquellos colectivos que tienen menos, son más vulnerables, socialmente, porque están en unas condiciones familiares y sociales y contextuales que están en mayor riesgo. Y eso hay que decir que sí pero cuando se hace un estudio y cuando nuestros técnicos de prevención que están en todo Madrid, en todos los colegios de Madrid acaban y es muy interesante escucharles, como hay riesgo en Villaverde y hay riesgo en Chamartín y hay riesgo en... y hablan de distintos tipos de riesgo. Hay instrumentos, han hecho perfiladores...nosotros hemos

utilizado un perfilador de riesgo para ir a un colegio y un perfilador de riesgo para que lo hagan los profesores, lo cubren, y de ahí sacan, digamos, un perfil de riesgo dentro de cada colegio.

1: ¿Cómo es ese perfilador?

E3: Ese es un perfilador queeeee...pues mira que un compañero...bueno hay más, hablo de lo que conozco eh, hay un compañero tuyo de la Complutense que si quieres me intereso en saber quién es que es psicólogo y que ha sacado este perfilador y lo ha informatizado, eh. Yo conocía más el perfilador de a mano que era un poco el cuestionario para profesores y tal. Pero este ha mejorado y ha diseñado una herramienta como perfilador de riesgo que tiene mucho que ver con el sociograma y del cómo en el grupo de un aula como quienes son los líderes, no líderes, cuáles son eh... y de ahí lo informatizado y es un instrumento, una herramienta que está funcionando. María José Díaz Aguado, de la Complutense, Psicología evolutiva, con la que tenemos programas compartidos y comunes, pues está, actualmente, utilizando en algunos casos este perfilador que si quieres luego te doy datos....

1: Bueno, a mí sobre todo me interesan variables o qué elementos son los que determinan la definición de riesgo...

E3: Bacán...Becoña. Mira, soy muy tajante en eso.

1: Vale.

E3: Podría decirte más, pero Becoña es el que define factores de riesgo: micro, macro y personales, familiares...factores de riesgo de la familia: que haya antecedentes de droga, que haya desestructuración familiar en estos aspectos, que haya un estilo educativo no se qué...listados con definición de qué es cada cosa, eh, de los factores macrosociales, microsociales y personales, eh, que van con la propia persona, con lo más micro, el entorno, el barrio, la escuela, la familia y con lo macro, que son los medios de comunicación, la cultura que tenemos...O sea, distingue esos tres escalones.

1: Que hacen un abanico muy general...

E3: Muy general pero...

1: Que va especificando.

E3: Pero va especificando y definiendo cada factor de riesgo para que no le llamemos cada uno, una cosa, ¿no?

1: Sí, sí.

E3: Yo si me remitiría a Becoña como el autor que eso te lo define muy bien.

1: Bueno...

E3: Sí.

1: Dentro del departamento de prevención y como técnico profesional, ¿por dónde cree que pasan las claves de éxito para atacar el problema de una población de riesgo? Quiero decir...

E3: Si nos vamos al riesgo...porque sabes que en prevención distinguimos, es una forma didáctica más que otra cosa, de hablar de programas de prevención universal, de prevención selectiva y de prevención indicada. Usamos esas tres como una clasificación del Plan Nacional también, bueno, pues que explica, sobre todo muy explicativa... Si vamos a la prevención selectiva o indicada, la indicada estaría ya más participando de lo que es problema diagnosticado y tratamiento, pero la

selectiva es la que definiríamos como la de grupo de riesgo, de especial riesgo. Si vamos al riesgo, los programas de riesgo tienen o lo pueden tener todos o lo deben de tener todos, pero este especialmente, el análisis previo del grupo concreto con el que se va a actuar es una de las claves con estos colectivos. Me refiero: a que los programas selectivos son muy muy...muy diseñados como traje a medida; con unas bases, lógicamente, pero uno para aplicar ante un grupo, o un colectivo, que se dice de riesgo o de alto riesgo, tiene que tener un gran conocimiento de ese grupo, conocer las variables, el funcionamiento de ese grupo, para aplicar un programa de prevención para ese grupo.

1: ¿Podría ponernos algún ejemplo?

E3: Pues por ejemplo: vamos a trabajar en lo que antes eran, ahora se la llaman UIFs o lo que antes se conocía como antiguas garantías sociales, un aula, porque son aulas, normalmente, de pocos alumnos y de un perfil muy definido. El trabajo preventivo con esos colectivos, con ese colectivo en concreto, poco nos va a servir el programa general de prevención de drogas escolar, ¿eh?, de los múltiples que existen; no voy a dar nombres, ¿no? Existen múltiples programas preventivos: escolares para aplicar en el aula eh...y que funcionan y homologados y etc. Bien. Para ese grupo de una garantía social, casi me atrevo a decir que no va a ser válido un programa de este tipo. No va a ser válido o todo lo eficaz y eficiente que debiera de ser.

1: ¿Por qué tiene unas necesidades específicas?

E3: Porque tienen unas necesidades ese grupo específicas que va a haber que trabajar.....la demanda y las necesidades concretas de ese grupo de 15 chavales o de 12 chavales que uno es consumidor compulsivo, otro tiene problemas de trastornos de personalidad, otro es un líder que está presionando a un grupo tal... Y el conocimiento de ese grupo para aplicar: aquí, programa de habilidades sociales; aquí, programa grupal para conseguir pues la, la, la...no sé, los múltiples objetivos que se puedan querer tener con ese grupo, con el profesor correspondiente que también en esos casos...se tiene que hacer muy el traje a medida en eso cuando se habla de riesgo. Hay programas generalizados de riesgo, en especial los de riesgo que están más basados en la práctica, no tanto en la teoría, más basados en que estamos ante una población donde el nivel de hablar de sustancias, pues, que hay que, primero, sondear, no se puede llegar pensando en que todos, ahí, todo consumen y luego yo....En fin, es mucho más específico el programa...no sé si te estoy contestando o me estoy yendo....

1: No, no. Sí que me hago la idea: vosotros tenéis una estructura, más o menos, específica...

E3: Claro.

1: ...pero luego, cuando llegáis a ese grupo concreto tenéis que conocerlo para saber cuáles son las necesidades reales...

E3: Eso, eso es.

Porque en el riesgo eso funciona...eso hay que hacerlo siempre en prevención, pero en riesgo con especial interés. Y tenemos un programa que tiene 16 módulos, y en ese grupo concreto, vamos a tratar dos módulos. Porque nos parece que esos dos módulos y los vamos a tratar de una forma mucho más grupal, mucho más práctica que teórica, mucho más adecuándonos al usuario.

1: La idea del riesgo es eso: ¿qué es lo que entiende el propio instituto como riesgo? Es decir: Cuándo sí podemos hablar de riesgo y cuándo no hablamos de riesgo. Es decir...

E3:Así de general, la pregunta es: cuando estadísticamente...la normalidad estadística sería o que nos lo marca. O sea, le llamamos normal a un nivel de riesgo porque riesgo siempre hay. Además vivimos en una sociedad de riesgo. Nacemos con el riesgo y nos arriesgamos, en general, en

esta sociedad, todos, ¿no? Cuando, estadísticamente, se ve un grupo que tiene más factores de riesgo que la norma, que los mismos de su edad: chavales de 16 años. Vamos a llamarle a la norma a un nivel de riesgo, porque, insisto, riesgo existe. Cuando hay una mayor, un mayor número de factores de riesgo que los iguales de su edad; a eso, lo definimos como riesgo.

1: De acuerdo.

E3: ¿Entiendes el baremo?

1: Sí, sí. Vale.

Luego, siguiendo con el tema de los jóvenes, en materia de prevención; es decir, sabiendo que los servicios y los recursos que posee el IA, eh... ¿cómo creen que con aquella población que no es captada por el propio instituto...cómo deben ser las acciones que debe de emprender el propio instituto para comprender la actuación sobre esa población que escapa de la influencia del propio instituto?

E3: No, a ver. Mira, hombre, por supuesto que que, yo creo que son estos...el instituto o cualquier entidad llega donde puede, eh.

1: Siendo conscientes de eso...

E3: Llega donde o adonde tiene capacidad de llegar. En el caso de prevención, yo creo, llega a todo; pero de distinta manera. O no llega a todo como quisiéramos que llegase. Llegar, llega a todos; en el sentido de que si hablamos de una prevención muy amplia y muy específica y muy prevención universal: una campaña, unos mensajes, una campaña de los medios o unas difusiones sean en el soporte que sean...eso llega a toda la población. Otra cosa es, bueno... que tenga el efecto que tiene y... o sea, la prevención llega a todo.

En el caso del I.A., nosotros que nos ocupamos de Madrid ciudad, tenemos: un técnico de prevención por cada uno de los 21 distritos de Madrid. No vamos a recordar, aquí, lo que es un distrito de Madrid ni un técnico.... Un técnico de prevención significa que es el referente en ese distrito y el que se va a coordinar.

Ahora, en el ámbito educativo, pues estamos llegando en secundaria, al 80-90% de todos los centros educativos...mmm...que eso es una implantación del programa "Prevenir en Madrid" muy interesante, eh. Entre el 84% de los centros de secundaria, llegamos, en la ciudad de Madrid. En las, en lo que te hablaba antes, de las UFI, las garantías sociales, llegamos al 100%; no hay tantas, por lo que es un terreno bastante acotado. En primaria, los más pequeños, estamos llegando a menos porque el "Prevenir en Madrid" ..ehh..se diseñó, se desarrolló como para Secundaria, de 12 a 16 años, y hace tan sólo 2 o 3 años que se sacan los materiales para Primaria, adaptados del "Prevenir en Madrid" y se empieza a implantar en Primaria y es un camino más por andar. Se están dando ya, ya hay una implantación, pero no podemos decir que del 80% como en Secundaria.

1: Ehh... hablando del "Prevenir en Madrid" y sabiendo, yo qué se, a la hora de entender la droga y como la entienden los jóvenes: ¿sobre qué aspectos, sobre qué temáticas... incide más el Instituto? Es decir: a la hora de prevenir, en materia de prevención...

E3: Sí, sí...

1: ¿Sobre qué aspectos cree más necesarios incidir sabiendo como son los jóvenes.... la conceptualización que ellos hacen, en la actualidad, de lo que es la droga.

E3: Yo te recomendaría, pero que si no lo tienes te lo facilitamos, que le echaras un vistazo al programa de “Prevenir en Madrid” y a los materiales, audiovisuales y teóricos....si no los conoces, yo te recomendaría...

Mira, por ser muy concreto: el “Prevenir en Madrid” de Secundaria, que es en convenio con la Complutense y con el departamento de Sociología...Psicología preventiva de María José Díaz Aguado y su equipo, tiene 5 unidades temáticas y son las 5 unidades temáticas que aparecen y que mejor definen lo que tú me estás preguntando. O sea: la presión de grupo, es una unidad temática; la comunicación, es otra unidad temática; las drogas, las sustancias, es otra unidad temática; la publicidad, me parece muy importante en esas edades; y a ver qué me dejo, porque hablo de memoria y voy muy deprisa....pero vamos que están a tu disposición los materiales, eh....y en la adolescencia: incertidumbre y estrés. Con esas 5 unidades temáticas, con su formación al profesorado y con su aplicación en el aula, se está incidiendo en lo que, nos parece, que los jóvenes necesitan fortalecerse más en esos aspectos en relación a la prevención de drogas, ¿me explico?

1: Esa formación en esa prevención que realizáis desde el Instituto: ¿cuáles son los pilares? Quiero decir...no sé...cuando observa la publicidad en materia de lucha contra la drogadicción, de la FAD por ejemplo, parece que incide, muchas veces, en la cultura del NO. Muchas veces...

E3: Saber decir que no.

1: Por eso no....de....muy famosa la publicidad de “se llama Juan y tiene 34 años” y es la madre la que sale con un reguero de...es decir

E3: Ya, ya...

1: Mi cuestión principal es: desde el ámbito de la prevención, se pretende ¿educar o simplemente....educar, ser conscientes de lo que es la droga y los efectos que tanto positivos como negativos, puede tener en un individuo o, simplemente, potenciar aquellos factores para que la gente vea, no miedo, pero sí...mmm...estar precavidos y decir no debo consumir esto porque se que es negativo. Quiero decir: que el no prevalece sobre la decisión racional de usar o no usarlo. Me pregunto.

E3: De verdad que las preguntas, yo necesitaría para cada una de ellas...casi una tesina [risas] para cada pregunta.

1: Tienen su miga....

E3: Mira, has dicho...te has respondido, perfectamente, tú y me explico. Has nombrado la palabra educar: prevenir es educar y partimos de ahí, eh. Educar en valores, tener una educación en competencias y en habilidades...Esa es la mejor y la verdadera prevención. Y esa es la línea preventiva que prevalece hoy en día en el IA. Universalmente, o sea: prevenir es educar. Luego vemos cómo, de qué manera, para quién va dirigido y de cómo. Cuando hablamos de prevención y hablamos de campañas publicitarias, como has citado las de la FAD como otras tantas, muy válidas y muy necesarias. Ni la FAD ni cualquier otra entidad genera o desarrolla una campaña publicitaria como la que hablas, televisiva, con el objetivo de prevenir nada. Así de crudo te lo digo. No. No, vamos a ver, para prevenir hay que...es un proceso educativo en el colegio, en la familia, durante el tiempo necesario para que eso tengas unos posibles efectos preventivos en los comportamientos etc... Cuando uno habla de prevención universal y habla de campañas publicitarias y pancartas...habla de un objetivo y es bueno y muy loable...es sensibilizar. Es decirle a la sociedad que existe un problema, recordarle que está, recordarle que ese problema que hay...hay personas, entidades que son conscientes de que existe y que están presentes para hacer algo. Pero no que eso tenga que el efecto... Yo sé que hay, escucho con frecuencia esto de “es-que-esto-al-joven-no-le-llega” y es que, a lo mejor, no va dirigido....depende de que campaña hablamos, no va dirigida....Hacer el simplismo y

no te metes, así, en tan radical en esto; “el simplismo de un mensaje publicitario de la FAD, de quien sea, eso va a tener un efecto preventivo, que haga que un chaval cambie el comportamiento o que deje de consumir drogas...” eso es una ilusión para los preventólogos eh... Se sabe que con eso se consigue que la sociedad sepa que existe una entidad que se dedica a eso. Y eso, ya es una buena información y necesaria, para que la sociedad diga que está el IA, que está la Fundación, está...que existe. 2: sensibiliza. Da mensajes para sensibilizar a la gente sobre un problema social. Si consigue esas dos cosas, la campaña ya tiene una buena valoración, ¿entiendes?

1: Sí, sí.

E3: Si se previniera con un mensaje... la información sola, y mira que es buena la información y necesaria, pero no cambia actitudes. Y las actitudes no cambian comportamientos. Es decir, hay 3 pasos: con la información, uno no consigue cambiar actitud ni cambiar comportamiento. La información es necesaria. Es un paso obligado, pero no con la pretensión de cambiar comportamientos. Hay que cambiar actitudes. Para cambiar una actitud en individuos ya es otro trabajo, para conseguir que esa actitud...ese cambio de actitud, se convierta en un cambio de comportamiento posterior ¿entiendes? Es como el proceso preventivo...no es decir con un megáfono que las drogas no se deben consumir...

1: Desde el propio Instituto y, dentro del Instituto, del departamento de Prevención:el...la prevención es: no consumir o consumir sabiendo que significados o que efectos puede tener sobre la propia persona?

E3: El mensaje objetivo...El Mensaje del IA es no consumir. No consumir sustancias nocivas. Un instituto de salud pública, un instituto de prevención de adicciones no puede decir “consume”. Yo creo que ahí tiene que tener una postura sólida, tajante y natural. No consumo sería lo ideal. Otra cosa sería que no...estemos en la realidad. Y ante las situaciones de consumo inevitable y más cuando estamos hablando de población joven, menores, etc...eh; tenemos que decir, bueno si a los grupos que consumen...vamos a hacer lo que podamos con reducción de riesgos y vamos a poner en marcha estrategias y programas de reducción del riesgo de que si se consume, que se consuma de la forma más responsable posible etc, etc... con objetivos de ese tipo. No descartamos esas opciones y tenemos programas, como no, porque si no, no estaríamos en la realidad de reducción de riesgos.

1: Su ideal en mente es reducción para frenar y no consumir, ¿no?

E3: Hombre, el objetivo último es ese.

1: De acuerdo. Luego...eh...Bueno no hemos hablado de los distritos y de cómo es la actuación de prevención y demás. Me gustaría saber, respecto a los temas de intervención comunitaria, por ejemplo: ¿Cómo concibe el IA las diferentes acciones en los diferentes distritos de Madrid. Yo, por ejemplo, soy del distrito de Fuencarral- El Pardo y me gustaría saber, por ejemplo, como es en este específico, si hay algún plan...

E3: Bueno, mira. Como está ahora estructurado el departamento de Prevención es que hay en, Fuencarral- El Pardo, un técnico de prevención común como referente. Ese referente está en ese distrito, físicamente, y tiene su núcleo, su cuartel general, su sede, en Doctor Esquerdo 43, donde hay un equipo de supervisores de todos los 21 distritos. O sea, ese técnico de Fuencarral tiene un supervisor del área familiar, un supervisor del área educativa, un supervisor del área de riesgo y un supervisor del área comunitaria para que aplique en ese distrito los programas nuestros, desarrolle los programas, allí, en los 4 ámbitos que acabo de describir. Además de ser el referente, si nos focalizamos más en lo comunitario, que creo que ibas por ahí con la pregunta, en el área comunitaria, de ser el referente en las asociaciones y entidades de ese distrito. Algunas entidades y asociaciones de ese distrito están subvencionadas por el Ayuntamiento. La convocatoria anual de con... vienen y se presentan. Ese técnico está en contacto con esas asociaciones haciendo

seguimientos de los chavales que van a esas asociaciones, participando en las actividades que hacen de las asociaciones como algo como una cosa comunitaria típica. Está en las mesas de salud del distrito, representando, como referente, en las mesas de prevención que suele haber, depende del distrito suele haber mesas de salud...donde están eh...pues...pues... está Salud Pública, está el Insalud, ahora SaludMadrid, están los referentes educativos...en fin: en esas mesas, ese técnico de educación está ahí; como de lo más comunitario. Y dentro de lo comunitario, toda la formación a mediadores que se pueda realizar en el distrito, formación a mediadores en el sentido más amplio como agentes de salud que son desde las enfermeras del centro de salud hasta monitores de tiempo libre de una asociación hasta los padres de una asociación del barrio que están interesados en tal o monitores de campamentos para estar con los chavales...todas esas formaciones se encarga de canalizarlas el técnico de prevención.

1: Esto, a ver, sobre los mediadores sociales: ¿cómo es esa formación? Es decir, sobre qué aspectos organizáis dicha formación?

E3: Mira, hay un manual que también tienes acceso a él en la web, en la página, o...aquí, te lo podemos facilitar. Hay un manual escrito de formación para mediadores. Muy amplio pero interesante porque tiene muchos módulos orientados en la educación para la salud, en los que incluye prevención de drogas donde depende, otra vez, del grupo de mediadores...no es lo mismo un curso de mediadores sociales a monitores de campamento juveniles o de boy scouts que a mediadores sociales que son enfermeras del centro de salud del distrito o de uno de los distritos.

1: ¿Depende entonces del perfil de la población que se vaya a formar?

E3: Sí que hay un marco, un marco de jornadas de formación pero adaptado al grupo para formar como agentes de salud a los grupos de enfermeras del centro de salud, va a haber unos temas, un nivel y unas necesidades muy distintas a los, a la formación que le vas a dar a un monitor que va a trabajar con chavalitos de 10 años, eh, pero que tienen que ser preventólogos, ya, y hay que formarlos como mediadores sociales. Ese módulo, ese libro, ese texto, ese documento abarca todas las posibilidades, y esa es la idea, y luego claro, cuando vas a dar una formación hay que adaptarla al grupo y a las necesidades del grupo...

1: De acuerdo. Ahora, me gustaría hablar...bueno...siempre población escolar, jóvenes, ámbito educativo... ¿cómo se ve sobre qué aspectos se subraya, sobre qué esfuerzos hay que hacer o la hora de trabajar sobre qué ámbitos hay que centrarse o cómo son los seguimientos individualizados? Es decir: en materia de jóvenes y ámbito escolar ¿Cómo son los esfuerzos que se están realizando? Tanto a la hora de realizar los planes como a la hora que va a seleccionar una población objetivo, como a la hora de analizar esa población y derivarla, si es necesario... es decir: ¿cómo es ese proceso?

E3: Nosotros, normalmente, trabajamos casi con... a demanda. Es decir, hay un centro educativo que está interesado, se pone en contacto con nosotros, dice quiero hacer un programa preventivo del tipo del vuestro que tenéis, ha llegado el folleto y la carta y tal y me parece muy bien; eso en unos casos. En otros llevamos mucho tiempo trabajando en los distritos y muchos colegios nos conocen de sobra y nos van llamando año a año, según sus programaciones, eh. Entonces, nosotros estamos en un colegio, entramos en las aulas, el técnico, un par de sesiones, unas sesiones está con el tutor de las aulas que le corresponden o con el equipo de orientadores. Además de aplicar el programa, de forma universal a las aulas que llegamos, ya nos gustaría llegar a la totalidad de las aulas, ¿no?, sino que nos llama un tutor y dice “tengo-3-aulas-y-quiero-aplicar-ahí-el-programa”. Además de aplicar el programa “Prevenir en Madrid”, universal, tanto por vía del educador... digo del orientador, como por vía del tutor, como por simple observación del técnico que está en el aula...

[Entran a la sala y se produce un corte. Se para la grabación y se reanuda]

1: Sí, seguimos ahora, quedan un par de preguntas y ya está.

E3: Vale. Mira, se capta...perdóname...mmmmm....

1: Íbamos por...

E3: El técnico está en el aula impartiendo la clase de presión de grupo y haciendo role-playing con los chavales y aplicando las sesiones de "Prevenir en Madrid", pero, en seguida, empieza a detectar que hay un chaval, dos, tres...eh, que...

1: ¿Cómo se detecta?

E3: ... ¿Qué pasa? Está trabajando en el aula, los está conociendo y, además, los técnicos de prevención saben...tienen experiencia y formación como para decir ¡uy!... hay tengo uno que fuma porros, uno que no se qué tal, pam, pam, pam... y detecta.

Otra vía es que viene el orientador y dice "oye-tienes-dos-pájaros-buenos-aquí-que-...-se-dice-que-en-el-patio-están-trapicheando-...no sé..." Ese es un poco el cauce. Si eso ocurre está el técnico de prevención para buscar técnicas de aproximación a esos señores, de captación, de detección...y bueno...hay un punto informativo en el patio, hay dentro de lo que es la normalidad escolar como un acercamiento que no es el caso de aquel que viene y le han metido una multa por consumir nosequé y la tengo que pagar...entonces ese está ya captado y se trabaja con él.

O los padres que vienen a hacer una demanda "a-mi-hijo-le-pasa-esto"....Te estoy poniendo el caso más difícil, ¿no? Aquel al que hay que aproximarse a él, captarlo, llegar a él para irlo motivando hacia un seguimiento. Cuando hacemos un seguimiento con los chavales y sobre todo con los menores, hay que pasar unos tramites de protección de datos etc., etc....y hacer un seguimiento socioeducativo con el chaval. Que eso puede acabar en el PAD, no sé si el PAD...es el centro de prevención...donde hay un equipo de psicólogos donde pueden...no pueden...valoran el caso que ese técnico que ha detectado. Con el equipo de psicólogos ven la conveniencia o la posibilidad de trabajar, también, con la familia al mismo tiempo que el técnico de distrito con el chaval...en algunos casos el chaval acude al PAD con la familia...En fin, se empieza a trabajar y sí que hay, en unos casos y algunos perfiles, cuando es posible, que ese caso pueda acabar o deba acabar en un centro de atención...en un CAD. Pero hay todo el abanico de posibilidades, quiero decir que puede haber un chaval con un perfil muy de CAD pero que no quiera ir y bueno, si no es voluntario, dice "yo-no-voy"...y claro, no hay conciencia de problema ni de cambio... y ahí el técnico...ahí están sus habilidades, en su trabajo, en el barrio, en el colegio, con técnicas socioeducativas de acercamiento y de ir, bueno, motivando a este chaval e intentando seguir objetivos concretos en ese seguimiento con el chaval. Ese es el trabajo, yo diría, el trabajo bonito, eh....pero difícil.

1: Bueno, vamos a hacer un par de preguntas más y finalizamos porque estás un poquito apurado...

E3: Sí...

1: Bueno, me gustaría, dentro del ámbito de la memoria...estuve leyendo el "peer-to-peer mentoring" que es está herramienta, una herramienta en ambientes educativos, entre iguales, del intercambio que se produce de las experiencias que tiene uno mismo para acercarlas con el otro y así producir un conocimiento...eh...

E3: En esa terminología no lo habrás visto en nuestros programas....

1: "Peer-to-peer mentoring"...

E3: Bueno... Nuestra metodología de trabajo, fundamental, en las escuelas, en el programa "Prevenir en Madrid" está basado en grupos heterogéneos y en el trabajo cooperativo. Es decir, esa es la

metodología bueno....muy muy rápido...Eso significa que el trabajo en grupos en el mismo aula pero de forma heterogénea, no los amiguitos o los...no, sino de forma heterogénea donde los que nunca se hablan porque son distintos en clase se ven trabajando de forma cooperativa y creando ellos el trabajo que se les encomienda en las sesiones; esa es la metodología que está dando muchísimo y buen resultado. O sea y evaluada por M^a José Díaz Aguado, con muy buenos resultados, hasta tal punto que muchos profesores que utilizan este programa, esta metodología, acaban extendiéndola a todas sus clases. Es decir, muchos de los profesores vienen y bueno, analizan como son un poco las clases en países nórdicos o en otro sitio dicen “anda-si-no-estamos-descubriendo-nada” de que el trabajo en grupo, en grupos heterogéneos, y con trabajo cooperativo está dando más resultado que las clases magistrales del profesor. Y el profesor, muchos, curiosamente, cambian la metodología ya no para aplicar el programa, sino para sus asignaturas y la utilizan como metodología para sus asignaturas sean de Lengua, de Inglés o de lo que sea.

1: Vale.

E3: ¡Y muy bien evaluada!

1: ¿Se ha considerado la extensión a...hacia otros grupos? Extrapolarlo y no simplemente al ambiente educativo, sino también llevarlo al ámbito laboral...

E3: ¡Hombre...se podría perfectamente, quiero decir que eso está justificado. Mira, María José Díaz Aguado en nuestro programa, con nosotros, que es un convenio, digamos, como te digo, llevamos trabajando muchos años, se basa su enfoque teórico en la psicopatología evolutiva y aplicada y tratada con grupos heterogéneos en trabajo cooperativo. Creo que eso está, vamos, muy, muy evaluados y muy homologados y muy válidos... con resultados.

1: Bueno, un par de preguntas más...Dentro de la prevención siempre se incide mucho sobre la juventud, pero, por ejemplo, las personas mayores, ¿se trabaja sobre ellas? Es decir: la población adulta o anciana, por decirlo así, ¿también entran en consideración a la hora de elaborar planes de actuación?

E3: Por supuesto que sí. Pero mira de que manera. Por ejemplo, nosotros tenemos una buena, un buen pilar en prevención que son familias y tenemos un área familiar. Es decir, trabajamos con familias, claro que como padres de alumnos en las AMPAs de los colegios. Pero también trabajamos con familias en el Secretariado General Gitano. Y trabajamos con familias que son madres y padres de todas las edades porque madres y padres...Dime...

1: Dentro de la prevención, la figura de la familia sería la centralidad y ¿a partir de ahí se analizarían los diferentes miembros?

E3: No, vamos a ver. Me parece que... tenemos 4 ámbitos: uno es el ámbito familiar, como área, el área familiar. Y ahí hacemos programas, desarrollamos programas y actividades dirigidas a la prevención en familia. Prevención en familia no tiene por qué venir toda la familia, ¡ojala!, va a venir el padre o la madre, o ambos, en muchos casos...

1: Por ejemplo: ¿el caso de las Familias Solas que vienen a...?

E3: Aquí sólo hablamos de familia. No estamos hablando de que venga un adolescente...Estamos hablando de un grupo de, de...por ejemplo de un AMPA, con 20 padres y trabajamos ocho sesiones calendarizadas con esas familias. Estamos haciendo prevención con adultos, lo estamos, claro que sí, pensando en el objetivo de sus hijos, si son un AMPA, como población diana, pero estamos haciendo a ellos, como agentes preventivos y les estamos previendo en ellos mismos. (Toda lucha moral tiene sus jueces y sus brazos ejecutores ¿Becker? además aquí 2x1: propaganda a sus gendarmes para que controlen y detecten a sus hijos).

1: En el fondo es introducir valores y herramientas preventivas a cada individuo para que luego si encuentran a alguien con un problema de drogas sepan evaluarlo, actuar y trabajar sobre ello.

E3: Exactamente, pueden ser agentes preventivos.

1: Luego, bueno a ver... sabiendo que Madrid es una capital con problemática de drogas y bueno, sabiendo que hay diferentes tipos de consumo... Como decía: Podría decirnos si se consume más hoy respecto al pasado y si hay diferencias en los patrones de consumo. Es decir, ¿desde dentro del ámbito de la prevención ha notado ciertas diferencias sensibles?

E3: Vamos a ver: las drogas; tanto en asistencia como en prevención, la respuesta es, o sea que me parece que sería para todo, las drogas es un fenómeno social, cambiante, como casi todos los fenómenos sociales, cambiantes y dinámicos. Es decir, más o menos, bueno cuando hablamos de cantidades, por hablar muy resumido, pues nos vamos al... todos los años el Plan Nacional [Sobre Drogas] hace unas encuestas domiciliarias y escolares donde saca unos datos y saca otros al año siguiente y otros y otros... y bueno, pues son unas encuestas, un estudio bastante serio o el más serio de este país, y tenemos que fiarnos de ellos. ¿Qué me gusta a mí decir cuando me hacen esta pregunta? El último estudio, los últimos resultados del Plan Nacional: han bajado los consumos y sobre todo en adolescentes. Sí que hay una coletilla, no todo puede ser bueno de que los que consumen, consumen más, eh. Los que consumen, consumen más. Pero, pero han bajado y hay unos datos muy alentadores de que bueno, por primera vez desde hacía años esos datos han descendido, los más importantes. Vete a la encuesta última y lo compruebas.

Entonces, a mí me parece que eso hay que señalarlo. Sería, hombre yo lo digo desde aquí porque, por qué no, la prevención algo tendrá que ver cuando bajan los datos. Así que cuando suben sí que es muy fácil decir que la prevención no funciona sino tal... pues cuando bajan parece, también, lo justo decir... oye algo habrá tenido que ver la prevención...

1: ¿La prevención ha ido evolucionando y cambiando según han ido cambiando los patrones?

E3: Totalmente. Además es una forma, es algo muy vivo.

[Llaman a la puerta reclamando, otra vez, al entrevistado a una reunión que tienen para ese momento]

E3: ...cambia todo, cambian los consumos, cambian los programas, nuestros programas tenemos que ir actualizando año a año....este ya no sirve, este ya no sirve, este se ha quedado obsoleto, ahora qué hace aquí el Cruijff con un chupa-chups diciendo no ... pero si los chavales ya no saben quien es Cruijff... [risas]...hay que modernizarlo todo. Hay que actualizarlo todo, todos los programas....La prevención es algo muy vivo y dinámico, pero que obedece a todos los cambios sociales porque los chavales hoy consumen otras cosas, de otra manera, con otras funciones, eh... Todo eso es una cosa viva.

1: Simplemente: ¿El IA trabaja con movimientos asociativos? Y ¿qué importancia le da a aquellos que no son directamente la estructura formal del IA?

E3: Sí. Son: complementarios. Esa es la palabra. Son necesarios y complementarios. Lo vemos en la convocatoria, que ahora está de subvenciones, que subvencionamos a esas entidades que hacen una labor a pie de calle, a pie de tierra, muy importante y muy...lo importante es que sea complementaria y coordinada para que no hagamos...para que no nos solapemos...Pero son necesarias, hacen una labor extraordinaria porque son los que están en el sitio más cercano y más a pie de tierra. El caso es que eso lo hagan de forma coordinada con el técnico de prevención...

1: ¿Y cómo se implica la industria privada del ocio en este mundo?

E3: ... [suspiro]ya....Poco, voy a decir.

1: ¿Es puramente un formalismo?

E3: Voy a decir que desde aquí hemos tenido contacto con las asociaciones de hosteleros y hubo, en otro tiempo, un programa de prevención donde se implicaron directamente. En la actualidad no te sabría decir que haya una relación estrecha. Están pero no están, hoy por hoy...no quiere decir que mañana igual lo estén pero no están.

1: De acuerdo. Bueno, para mí está todo correcto. Simplemente señalarte que si quieres añadir alguna cosa para finalizar o como forma de colofón final o síntesis...

E3: Mira, no. Agradecerte la entrevista...

1: A ti...

E3: Ha sido muy bueno, muy suave y correcto. Te queda así. Yo creo que también no pasa sólo por la cuestión del tiempo, ¿no?, sino que te quedas con la sensación que digo que es normal, de esto habría que desmenuzarlo mucho más, habría que concretarlo mucho más, habría que dedicarse y detenerse en cada cosa porque es muy atrevido, a veces, cuando la pregunta es muy amplia pues exige una respuesta muy amplia y entonces se queda uno diciendo: bueno he dicho esto pero que me dejasen explicarme por qué lo he dicho, que a lo mejor aclararía mucho más que la respuesta más amplia que te he dado en muchas ocasiones.

1: No, ha estado muy bien.

E3: Muy bien Jorge, pues si me disculpas...

1: Vale, muchas gracias.

E3: Gracias a ti, que te salga todo esto fenómeno y ya sabes donde estamos.

1: Muchas gracias por tus aportaciones.

SUBDIRECCIÓN E4:

1: Comenzamos las entrevistas con el Instituto Adicciones, estamos con X, del departamento de Subdirección del Instituto y, bueno, quisiera presentarme. Me llamo Jorge Marrón soy estudiante de doctorado de la UCM y me encuentro aquí para realizar el proyecto de investigación previo a la tesis doctoral. Y, bueno, simplemente decir que mi objetivo para este proyecto es conocer la actividad que tiene el Instituto Adicciones, dentro de MadridSalud y dentro de la ciudad de Madrid y saber cómo es su trabajo día a día en materia de drogadicciones y con personas o usuarios que tienen problemas con sustancias problemáticas...cómo es su vida día a día, su tratamiento y... su trabajo con ellos.

Quiero dejar ciertas cosas claras como la confidencialidad que me parece que es un tema muy importante que tanto para la persona; podemos decir nombres ahora, pero no serán revelados a la hora de ponerlos y transcribirlos y...bueno si tiene algún tipo de duda o demás, quiero que me lo aclare, que me lo diga...que por mí no hay ningún tipo de problema. Quiero que sea fácil, no pretendo que sea un interrogatorio. Quiero que sea un conocimiento entre ambos, una conversación; un poco guiada porque tengo ciertas preguntas que me resultan interesantes y nada, espero que vaya bien...

E4: Muy bien.

1: A modo de presentación me gustaría que si quiere presentarse, contarme cuánto tiempo lleva trabajando aquí, sus experiencias, a modo de presentación, de quién es y qué hace...

E4: Pues te agradezco Jorge. Yo me llamo X, y ahora mismo soy miembro de la subdirección general del Instituto, que se llama formalmente: Subdirección General de Coordinación de Programas. Mi función es coordinar todos los programas que el Instituto desarrolla. Dentro de esos programas hay unos que, es lo que tú acabas de comentar, que son dirigidos a la población drogodependiente: todo lo que son los centros de atención, que son 12 los centros que tenemos por Madrid. Pero también hay toda una serie de programas de prevención, es decir, no dirigidos especialmente a la población drogodependiente, sino a la población en general de Madrid y con el objetivo de evitar que alguna vez lleguen a ser usuarios nuestros. Y luego hay otro departamento, que es el departamento de Reinserción y que trabaja muy en coordinación con el de Asistencia. Es decir, tanto el de Asistencia como el de Reinserción son los dos departamentos que se encargan de la población drogodependiente, tanto en los aspectos médicos, psicológicos como en la integración social y laboral de esas personas, o sea tienen que estar muy conectados entre sí.

Yo llevo trabajando en este tema más de veintitrés años, empecé de psicóloga en un CAD, en el CAD de Vallecas, concretamente. Estuve diez años de psicóloga en el CAD de Vallecas y después pasé a llevar el Departamento del Plan Municipal Contra las Drogas, o sea, la responsabilidad de todo el tema de drogas. Desde el año 2004, que es cuando se puso en marcha Madrid Salud, el Instituto de Adicciones se conformó dentro de esta área, que es un área sanitaria. Antes estábamos dentro de Servicios Sociales y desde el 2004 estamos más en el Área de Salud, que yo creo que es donde más le corresponde estar. Porque aunque es un tema socio sanitario, tiene mucho peso sanitario. Tiene mucho peso sanitario, también. Entonces, desde el 2004 como te digo, pertenecemos a MadridSalud. Y ocupo este puesto de Subdirección. Tenemos un director general que es el Dr. Bavín, que es médico, y que es el máximo responsable del Instituto.

1: Bueno, si quieres comenzamos directamente con lo que es propiamente la entrevista. Como primer punto me gustaría trabajar de las redes que, como bien sabes, está inscrita o trabaja el Instituto Adicciones. Esas redes que...principalmente...el Instituto Adicciones en calidad de qué acude a dichos encuentros y sobre todo para qué, es decir, qué tipo de informaciones comparten, que tipo de principios trabajan en común. Es decir, qué tipo de reciprocidad hay entre dichas redes que engloban acciones más amplias en diferentes ámbitos y países o regiones y qué elementos o qué cuestiones extrae el instituto adicciones para sí mismo, es decir, ellos aportan, pero luego qué reciben.

E4: ¿Te refieres a redes de atención a personas, te refieres a redes de conocimiento...?

1: Redes de conocimiento internacionales...

E4: Internacionales. Vamos a ver...el instituto ahora mismo no forma parte de una forma continuada, no es miembro activo y seguro de ninguna red internacional. Si bien es verdad que participamos en muchos actos internacionales. Digamos que en España tal y como está organizado el sistema de atención a las drogodependencias y de prevención es a nivel nacional, que es el Plan Nacional de Drogas que es la estructura desde la que se llevan a cabo principalmente este tipo de acciones internacionales. Luego están las comunidades autónomas que tienen sus propios planes, tienen sus propios proyectos de prevención, de asistencia y, por supuesto, de formación y de calidad. Y luego están los planes municipales, eh. Que entre sí estamos todos coordinados. Con esto quiero decir que no es que nosotros no intervengamos a nivel nacional, pero lo hacemos siempre a través del Plan Nacional sobre drogas. De hecho, la mayor parte de las visitas internacionales que se producen en el territorio español a centros de drogas, vienen a los centros de Madrid...hace poco hemos recibido

una visita internacional de...de un país árabe. Tenemos, por ejemplo, viajes de técnicos... el director concretamente ha estado dos veces, recientemente, en Chile...precisamente apoyando el Plan de Drogas de Chile y asesorando el Plan de Drogas de Chile. Yo concretamente he estado ayudando a organizar el plan de drogas en Chipre. Compañeros míos han estado organizando, a través del Plan Nacional, a colaborar en planes de drogas en otros países...en Túnez, en otros países.

1: [ininteligible] ...relaciones.

E4: Sí, relaciones sí...pero no directamente nosotros, sino a través del Plan Nacional. Si alguna vez nos viene directamente a nosotros, que nos suelen llegar directamente a nosotros porque nos conocen directamente los centros, entonces nosotros los atendemos, por supuesto, pero siempre los intentamos trasladar al Plan Nacional...para que participe...para que se transforme en una cooperación que muchas veces ya son incluso acuerdos, convenios internacionales, firmados a través de Estado...en el que bueno, supongo que tal como participamos técnicos de aquí participarán técnicos de otros planes autonómicos, en Galicia, de Andalucía, de Cataluña...

1: Entonces es en calidad de consejeros...

E4: Casi siempre sí. Asesores, consejeros... porque, la verdad, es que la mayor parte de los países tienen una experiencia con el tema de las adicciones menor, en cuanto a años y, sobre todo, con muchos menos recursos . Te voy a decir que es posible que la ciudad de Madrid sea la ciudad con más dotación de recursos en drogodependencias. Desde luego de Europa y de muchas partes del mundo. Eso no es que sea una maravilla, eso significa que hemos tenido un problema muy serio y tuvimos que dedicar muchísimos recursos que hace 25 años no había apenas nada. Y tuvimos que empezar poco a poco. Y ha costado mucho llegar a una red que consideremos más o menos suficiente. Pero ha costado mucho llegar. O sea, no es que sea una maravilla para nosotros tener mucho, es que hemos necesitado mucho. Pero lo cierto es que somos el referente para muchas ciudades, sobre todo ciudades, porque hay muchos planes a nivel de país, pero son planes dispersos, a lo mejor más rurales...En cambio, para grandes ciudades como Madrid, tampoco son tan frecuentes. Entonces ahí sí somos más el referente.

1: Y, por ejemplo, ¿qué ciudades han cogido como referente la ciudad de Madrid?

E4: Pues mira, ya hace bastantes años participamos en una red de ciudades europeas, entonces había ciudades como París, había ciudades como Estocolmo, Roma... hemos estado también en Atenas. Son realidades diferentes, nunca son exactas, porque las realidades sociales de todas estas ciudades son muy diferentes, porque el abordaje que han hecho de la problemática de las drogas no la han hecho, como nosotros, desde una red específica de drogas , sino que lo han hecho más desde naturales...digamos...las red sanitaria general o la red de salud mental, en cada...Por ejemplo, en los países nórdicos, ha bastado con que los recursos sanitarios generales simplemente se especialicen un poco, porque no han tenido un problema tan masivo como el que hemos tenido aquí, por ejemplo con el tema de la heroína hace unos veinte...veintitantos años. Entonces ahí vamos, colaboramos, asesoramos y aprendemos. Aprendemos mucho también, porque al ser realidades distintas... Por ejemplo, hay países que han tenido un problema con la cocaína mucho antes que nosotros y nosotros hemos aprendido mucho de esos países, porque la cocaína a nosotros nos ha llegado más tarde, entonces no podíamos saber demasiado de ahí, entonces de ahí hemos aprendido. Igual que, supongo, con el alcohol, nosotros podemos enseñar a otros porque tenemos un problema de alcohol en nuestro país que es muy, muy antiguo. Y ya se ha abordado de diversas maneras. Yo creo que son intercambios muy, muy fructíferos. Y ahí Madrid está abierta y eh...yo creo que en esa línea, es la que queremos potenciar de cara al futuro. Nos gustaría participar de cualquier red en las que...sobretudo fueran redes de ciudades.

1: Y estos encuentros, ¿son simplemente un intercambio de experiencias o tras ese intercambio de experiencias o de conocimientos se produce algún balance general de decir: hemos aprendido ciertas cuestiones...debemos trabajar hacia...Es decir, ¿se generan a partir de esos encuentros ciertas políticas de actuación que la gente se lleva a su propio país?

E4: Yo pienso que de estos encuentros siempre se traen cosas, se aprenden cosas. Pero igual que te digo esto, por ejemplo, hay encuentros que son congresos internacionales. Bueno, pues esos congresos internacionales son sobre todo de aprendizaje. La gente que va y que participa cuenta sus experiencias y los que vamos a esos congresos a veces más para aprender y poner oído ; pues de lo que aprendemos es de lo que los demás nos cuentan. Depende del tipo de encuentro. Hay otras veces que nos hemos reunido técnicos de diversos países para debatir entre tres o cuatro días, cuáles son los problemas más acuciantes que tienen en sus respectivos países. Aunque no sean iguales los problemas, también aprendemos. Nosotros contamos lo nuestro, cada uno cuenta lo suyo...y a veces aparecen soluciones de consenso. Y a veces no. Porque lo que es aplicable aquí, no necesariamente es aplicable en otro país. Aparte que nuestros marcos legales son diferentes, en España no está penalizado el consumo, en otros países lo está. Entonces tenemos que trabajar desde nuestro marco cada uno. Y en otras ocasiones, como te digo, pues han sido simplemente peticiones de otros países para que determinados técnicos, en este caso, de España, pues, formaran a los técnicos de ese país que iban a hacerse cargo de una serie de responsabilidades. Por ejemplo el caso de Chipre, como te contaba, durante una semana una compañera médico y yo, pues estuvimos trabajando con un grupo de 40 personas del país, que se suponía que iban a responsabilizarse (médicos, psicólogos, etc.) de lo que es el plan para Chipre, que es muy pequeñito, que es un país relativamente pequeñito. Y bueno, fue una semana donde nosotras llevábamos unos temas más de docencia si quieres...pero que luego había mucho debate en torno a eso...entonces fue una semana en la que aunque se suponía que nosotras íbamos a enseñar, también nosotros hemos aprendido mucho. O sea que depende del tipo de encuentro. No te podría decir...y sería muy difícil saber qué hemos sacado de cada una de las cosas. Yo creo que hemos ido aprendiendo poco a poco de las experiencias, de nuestras propias experiencias, a veces de nuestros propios errores, también. De cómo se iban desarrollando las cosas. Ten en cuenta que el tema de drogas en nuestro país, hace 25 años, prácticamente era inexistente, la red...entonces no había mucho de dónde aprender y de dónde extraer cosas. Y poco a poco se va formando una especie de núcleo de conocimiento, al que todos aportan y aportamos . Y eso poco a poco lo vamos compartiendo con otras ciudades, con otros territorios del Estado, con otros países. Y bueno de eso se va enriqueciendo, se va creando un cuerpo científico , que ahora mismo yo creo que ya se puede decir que existe pero no que sea nuestro, que existe, que está ahí y que todos podemos recurrir a él.

1: Sobre todo estas cuestiones sobre qué conocimientos han adquirido en los diversos encuentros internacionales, me interesa sobre todo saber a la hora de comprender el Instituto de Adicciones y su fundamentación teórica, qué niveles, por decirlo así: internacionales, nacionales o locales....influyen más a la hora de estructurar el propio instituto.

E4: Mira realmente a nosotros quien más nos influye es la propia realidad de la ciudad de Madrid, realmente quien más nos ha enseñado son los madrileños y te lo digo desde mi propia experiencia personal que creo que compartiría muchísima gente. Nosotros hemos aprendido de realidades cuanto más parecidas a la nuestra más aprendemos. Aprendemos menos de la realidad sueca porque es más lejana, no porque no sean buenos, porque lo que ahí hacen se parece poco a lo que nosotros hacemos, porque nuestros medios y los suyos, y nuestros problemas y los suyos, no son muy parecidos. Aprendemos más de aquellos que van por delante de nosotros, que era el caso de la cocaína, como te decía, pero no te podría decir exactamente cuánto más o cuánto menos. Lo que sí te digo es que cuánto más cercana es una realidad a otra, más podemos aprender de ella. Y en ese sentido, pues yo creo que nos hemos ido conformando en base a todo este tipo de relaciones. Y, por supuesto, en España mucho. Hemos aprendido de otros territorios del país, yo cuando empezamos a

trabajar, hace 23 años, recuerdo que vino un equipo que trabajaba en el plan de drogas catalán, porque ya existía ahí un plan de drogas y nos dieron los instrumentos esenciales y básicos para poder empezar a trabajar. Y era un territorio del Estado, pero eran una realidad muy parecida, la de Barcelona y Madrid eran realidades muy similares. Realmente lo que nos enseñaron dichos profesionales yo lo recuerdo con mucho agradecimiento, porque eran los únicos que, en ese momento, nos podían empezar a enseñar. Entonces en ese momento era Cataluña, en otro momento yo pienso que han sido muchos otros.

1: Quisiera.....mmmm.... Dejando de lado lo de las redes internacionales, me gustaría preguntarle sobre el marco normativo. Es decir, en la propia memoria del instituto encontramos referencias sobre la OMS, ciertos decretos de la constitución europea, luego referencias del Plan Nacional de Drogas...me gustaría saber cuál es el que más importancia tiene. De cuál de esos principios que hemos aplicado a las personas: garantizar la salud, evitar que el individuo se perjudique a sí mismo...cuál de ellos ha sido el que más...

E4: Yo creo que, mira, en el campo legal no es una cuestión de opiniones, es una cuestión que es el marco legal que hay y es el que acatamos. Para nosotros no tiene más ni menos peso un marco legal que otro, los respetamos todos, no podría ser de otra manera eh...y además, ni siquiera es a cuál le haces más caso o cuál te interesa más, es que todos están coordinados entre sí. Es una especie de gran molde, las leyes o las normas nacionales que lanza el plan nacional que, por supuesto acatan todas las comunidades autónomas y todos los ayuntamientos. Pero están luego las leyes autonómicas, como la Ley de Drogodependencia y otras adicciones de la Comunidad de Madrid también está escrita y hecha en el marco de las normas generales y nosotros estamos dentro de esa ley y respetamos esa ley. Yo creo que el marco legal es el que es, todo él es respetado, faltaría más que no lo hiciéramos, tanto a nivel de leyes específicas de drogas, tanto como de leyes de protección de datos o de normas, yo qué sé, de todo tipo...sociales...sanitarias...todas ellas, para nosotros, son importantes. Son nuestro marco y nos movemos dentro de esos límites.

1: Desde el ámbito autonómico al europeo...por decirlo así...

E4: Sí, sí, porque también el Plan Nacional de alguna forma se nutre de legislaciones a nivel europeo y a nivel internacional. Por ejemplo al respecto al tráfico de estupefacientes: todo eso está muy coordinado y muy relacionado. Entonces como nosotros trabajamos en una esfera muy concreta, muy local, muy específica, todos nuestros proyectos están amparados en el marco ... Por eso hacemos referencia a ellos en los documentos que están a tu disposición.

1: Simplemente saber si todos tienen el mismo peso, si uno tiene más influencia sobre otro...

E4: Yo diría que al estar todos coordinados entre sí, para nosotros no hay nada que pese más que otros. Todos ellos son igualmente importantes.

1: Bueno... pues ya, metiéndonos un poquito en materia...Me gustaría saber sobre el profesional de referencia: qué es, a qué se dedica, qué importancia tiene dentro del instituto adicciones y qué importancia tiene a la hora de llevar en marcha los diversos planes.

E4: Primero: enmarcar el profesional de referencia dentro de una parte de lo que es el IA, que sería la parte que tiene que ver más con el Tratamiento. Como te decía antes, hay una parte que tiene que ver con la prevención y otra parte que tiene que ver más con el tratamiento y la reinserción, vale. Entonces, el profesional de referencia estaría dentro del marco del tratamiento y la reinserción. Es una figura que nos inventamos, entre comillas, hace muchos años cuando nos dimos cuenta de que hacíamos una cosa muy bien -nos parecía que hacíamos muy bien- que era hacer un tratamiento interdisciplinar. Es decir: cuando llegaba un paciente, independientemente de quién fuera el primero que lo veía, a todos los veía el psicólogo, el médico, el trabajador social y a veces el terapeuta ocupacional, ¿vale? O el enfermero si tenía que...Pero ninguno de esos era el coordinaba el caso .

Entonces nos parecía que era muy importante que además de que fuéramos cuatro los que lleváramos un caso, esa persona, ese usuario, ese paciente, supiera quién era su profesional de referencia. A quién tenía que requerir para demandar cualquier cosa, para pedirle un informe, para solicitarle una cita, para quejarse de algo, para pedir algo...lo que...

1: Una especie de tutor...

E4: Una especie de tutor. Sería lo que en la enseñanza es el tutor del alumno, aunque el alumno tenga varios profesores. Para nosotros ha sido una figura que nos ha sido muy útil, muy útil, porque necesitamos un responsable del caso. Que no quiere decir que no sea el que más capacidad de decisión tenga, no es el que más manda en el caso, por así decirlo...Es el que se encarga de recopilar la información, de darle coherencia a lo que se hace con un paciente. Es el que tiene que decir: "¡Caramba!-Este-paciente-ha-faltado-a-varias-citas, por ejemplo,-con-el-psicólogo,-y-no-tiene-ninguna-cita-pendiente,-voy-a-ver-qué-pasa". Es el que sigue el caso y, al mismo, tiempo el referente para esa persona.

1: ¿Cómo es la relación con el usuario de ese profesional de referencia?

E4: Igual que con los demás profesionales. Simplemente el paciente conoce porque se le dice: "Mira,-yo-soy-tú-psicólogo-y,-además,-soy-tú-profesional-de-referencia.-Que quiere-decir-que-para-cualquier-cosa-que-necesites:-un-informe...-dirígete-a-mí,-por-favor". Es una forma de orientar al paciente y que sepa a quién dirigirse. La relación que tiene es igual que con los demás.

1: Es, simplemente, eso: a nivel burocrático-administrativo...Es decir: "necesito-ciertos-papeles-o-citas..."

E4: Sí, exactamente...

1: ...o hay, más allá, una relación personal...

E4: No. Es exactamente igual. O sea, profesional de referencia puede ser cualquiera...puede ser el médico, puede ser el trabajador social, el enfermero, el terapeuta ocupacional, cualquiera. De hecho, lo que procuran en los centros es distribuir los pacientes entre todos para que nadie sea profesional de referencia de 100, sino que se reparta más o menos....pero la relación es exactamente igual. Es una forma de organizar el tema, eh, y que si se pide un informe... Por ejemplo: si un juez pide un informe, pues es el profesional de referencia el que lo firma y el encargado de que se haga. Porque a veces la información la tiene que dar el médico, otro...pero es el encargado de que eso salga adelante.

1: Ajá.

Voy a ir haciéndote ciertas preguntas que son un poquito específicas que me interesa que me las contestes.

E4: Sí.

1: Sobre todo, teniendo en cuenta esta elaboración teórica que el Instituto Adicciones hace... en la aplicación práctica. Me gustaría saber cómo es la relación que existe entre el supervisor de área y el técnico de prevención: cómo se elaboran estos planes y son llevados a la realidad y luego esos planes son contrastados con dicha realidad...y cómo son devueltos a aquellos técnicos que los elaboran. Es decir, cómo se producen, si se produce, este proceso de reciprocidad entre un polo y otro, entre el que lo elabora y el que lo pone en práctica.

E4: Vamos a ver: ¿me estás preguntando por prevención, por asistencia... o por todo?

1: Por todas. Me refiero en general.

E4: Vale.

1: Es decir: cómo funciona el instituto adicciones a la hora de generar los planes, llevarlos a la práctica y luego contrastar cómo ha sido de óptimo...

E4: Ya, ya. Te he entendido. Sí, perdona. Es que no te entendía al principio.

Sí. Vamos a ver, no hay una gran diferencia entre los que planifican y los que hacen. Para nosotros es esencial que quien hace planifique y quien planifique haga o haya hecho o esté muy en contacto con la gente que hace las cosas, tanto a nivel de prevención como a nivel de atención...a nivel de intervención con pacientes. Por ejemplo, todas las personas que estamos ahora mismo en puestos de planificación, evaluación y de responsabilidad de coordinación, provenimos de la clínica. No hay nadie que ahora mismo sea, yo qué sé, la jefe del departamento de asistencia, pues es médico, ha sido médico de CAD mucho tiempo y ahora coordina. La jefa de departamento de reinserción, es psicóloga, ha estado veinte años, de psicóloga y directora de CAD. Es decir, por una parte hemos, tenemos una estructura que trata de no diferenciar entre los que están en un sitio, procuramos aprovechar la experiencia clínica. Eso por una parte, pero es que luego a la hora de evaluar un plan, por ejemplo ahora que hemos finalizado el borrador del siguiente plan, pero que sigue siendo elaborado, esa elaboración nos ha llevado dos años... ¿por qué nos ha llevado dos años? Porque se la podríamos haber dado a un experto y que nos hiciese un plan...Ha durado dos años porque para nosotros un plan no es algo teórico, sino que es algo que se tiene que hacer por la gente que está abajo, que está trabajando. Se hizo un comité de elaboración de ese plan, en el que han participado aproximadamente unas 20 personas que, a su vez, coordinaban pequeños grupos de trabajo que trabajaban sobre todas las pequeñas cosas. Pero no solamente han sido gente de dentro de la organización, que somos unos 180, también han participado entidades ciudadanas, en torno a unas 20 entidades ciudadanas, con las que llevamos muchos años de colaboración. Y de conocimiento, porque sabemos que están trabajando en Madrid y a las que hemos pedido colaboración. Y hemos estado trabajando y haciendo jornadas con ellas, en grupos de trabajo de los cuales se han extraído una serie de conclusiones de los debates... y todo eso se ha reflejado luego en el documento.

Por eso te digo que es que no hay mucha diferencia, porque tanto la elaboración de los planes se hace recogiendo lo que piensa todo el mundo. De dentro y de fuera, eh. Luego, el propio borrador ha sido supervisado por un montón de expertos de fuera a los que se les ha enviado. Y lo han revisado o lo están revisando. No hay esa diferenciación, sabes. Para nosotros es muy importante que sea así porque la clínica y la práctica están muy relacionadas con el conocimiento, no es un conocimiento ajeno. Además, te diría una cosa: como es un problema que cambia continuamente, lo que sabemos hoy, no nos sirve para lo que pueda pasar dentro de cinco años, o incluso de dos años. Entonces, necesitamos continuamente estar muy en contacto.

1: La idea era saber si era un polo unidireccional de arriba abajo o es como dices tú: multidisciplinar...

E4: Yo te diría que es como un espiral, que está funcionando continuamente. Por ejemplo: con los directores de los CAD mantenemos reuniones quincenales, generalmente los miércoles...que son de todo tipo: para que ellos planteen problemas, para si queremos modificar...por ejemplo ahora estamos trabajando todos los temas de comunicación interna, porque con las herramientas informáticas todo cambia muy rápidamente. Nos estamos beneficiando mucho de nuevas herramientas informáticas, de accesos a información electrónicamente, que hacen que las reuniones de equipo tengan que ser una cosa distinta. Ya no necesitamos que las reuniones sean una transmisión de información y de documentos que ya los tienen ahí, tienen que ser más de aspectos muy concretos de debate. Entonces eso lo hacemos con una frecuencia, ya te digo, quincenal. Y,

además, luego tenemos reuniones interdepartamentales que son semanales y reuniones con el director. Y es un sube y baja de...un sube y baja de todo lo que hacemos.

1: Bueno, teniendo presente que en la Memoria se tiene presente la abstinencia y la reducción como dos puntos sobre los que trabajar con los usuarios que realmente tienen problemas de drogodependencias... ¿Cree que es hacia esos dos puntos sobre los que debe trabajar el instituto adicciones? Es decir, sólo esos dos aspectos que trabajar a la hora de actuar con una población con un problema drogodependencia: la abstinencia o la reducción, en caso de que no quieran dejar de consumir.

E4: Vamos a ver, para nosotros no hay una cosa u otra. Para nosotros los objetivos a conseguir son los objetivos que un paciente concreto, en un momento determinado, esté dispuesto a fijarse a sí mismo. ¿Eso qué quiere decir? Pues quiere decir que a nosotros nos vale todo. Nos vale todo...ehhh... lo que suponga un avance del paciente, y cuando digo un avance no me refiero sólo a un avance en la abstinencia... a la abstinencia o al consumo... sino que me refiero también a su situación familiar, a su situación de relaciones sociales, a sus hábitos de ocio, a sus hábitos de salud, a su relación con la pareja, a su relación de estudios... Es decir: hablamos de un conjunto de cosas y cuando un paciente viene valoramos todas esas cosas. Y una vez valoradas todas estas cosas podemos organizar un plan de tratamiento que lo hacemos con el paciente, es lo que llamamos programa personalizado de intervención [PPI], la gente fija sus propias metas. Por supuesto nosotros animamos siempre al paciente a que esas metas cuanto más altas mejor, pero respetamos las que el paciente quiere conseguir. El paciente es un ser libre que quiere una ayuda para según qué cosas y para otras no quiere ninguna ayuda. Por ejemplo, hay gente que dice: “mira,-yo-no-quiero-pincharme-porque-sé-que-es-malo para-mi-salud,-pero-no-tengo-pensado-dejar-de-consumir. ¿Podéis-ayudarme-a-cambiar-de-vía?” Pues sí que le podemos ayudar a cambiar de vía, le podemos ayudar. Si además de cambiar de vía, logramos que reduzca dosis; pues mejor. Si además de reducir dosis y, sobre todo, cambia de hábitos, de hábitos de todo tipo, de vida, de higiene o lo que sea; pues mejor. Y si pasa de situaciones de más riesgo a situaciones de menos riesgo, pues mejor. Para nosotros todo eso es importante, no medimos...no es o blanco o negro, sino es qué tanto puede un paciente moverse desde una tonalidad de grises hacia más claro...

[Suena un teléfono]

E4: ¿Me disculpas?

[Reanudamos]

E4: Yo te decía que...estábamos hablando del programa personalizado de intervención... que todo vale, efectivamente. Si ya digo...los objetivos para nosotros...es más está previsto que cuando se hace un plan personalizado de intervención, los objetivos se revisen. Para subirlos o para bajarlos, eh. Una vez que...

1: Bueno y una pregunta: ¿cuánto de activo es el sujeto a la hora de hacer el PPI?

E4: Pues todo. Es que si no lo hacen no vale, quiero decir: aunque intervengan los profesionales y los profesionales digan: “en este, por ejemplo”...que te...el ejemplo de una persona, que es muy frecuente, no sólo que esté consumiendo mucho, sino que todo su medio social esté con personas consumidoras. Pues a lo mejor hay un objetivo que se lo plantea el psicólogo o el trabajador social, de conseguir que esa persona abra su mundo relacional a algún círculo de no consumidores. ¿No?...puede ser un objetivo. Si eso el paciente no lo acepta o no lo entiende o no lo quiere es que no lo puede...ningún objetivo vale. Aunque los objetivos los ponen o los...digamos, los plantean los profesionales, el paciente es que tiene que asumirlos como propios. Si no los asume como propios no nos valen; hay que poner otros que a él le vengán bien. Que él los vea posibles, fáciles de conseguir y al alcance de su mano y, desde luego, activísimo en cuanto al esfuerzo que hay que hacer, porque lo

hace él. Es una cuestión muy activa...el paciente...no nos gusta la palabra paciente, porque paciente...porque paciente pareciera que quiere decir que se tiene que estar quieto en espera de curarse. Y para nosotros nos gusta más hablar de usuario porque es una persona que tiene que hacer su proceso personal, eh. Y esa es una de las primeras cosas que se les dice y cuando alguno viene confundido con las ideas esas de “ah,-pues-entonces-aquí-no-me-hacen-una-cura-de-sueño,-pues-entonces-aquí-no-me-ingresan...”. “No, mira-no: el-proceso-es-este. Si-en-un-momento-determinado-hace-falta-un-ingreso-para-una-cuestión-concreta, para-una-desintoxicación-concreta; se-hace”. Pero es un proceso activo, eh. Y la gente sabe que tiene cosas que hacer.

1: ¿Y cómo se produce al ruptura con el contrato terapéutico? Es decir, ¿cuándo... cuando se elabora el propio PPI y demás... bueno, en la Memoria he encontrado que está la ruptura del contrato terapéutico y que el individuo se queda...

E4: Sí. El paciente puede romper su contrato siempre que quiera. O sea, se hace un contrato que dura el tiempo que el paciente quiere, eh. Mientras que es su relación con el centro, eh. Entonces, está en el centro y tiene que respetar ese contrato que él mismo aceptó y dio...y dijo que sí. Pero en cualquier momento lo puede romper. Por eso no le ata.

¿Cuándo lo puede romper el centro? El centro normalmente no lo rompe. Lo que sí que hace es que cambia...por ejemplo: ante casos muy, muy concretos que a veces se nos han dado; no son nada frecuentes y no me gusta hablar de ello porque parece que es frecuente y no lo es. Por ejemplo: una agresión. Una agresión es una cosa muy infrecuente. O sea, tratamos nueve mil pacientes al año y casos de agresión podemos contarlos con los dedos de una mano, eh. Te digo que es poquísimo. Es más la leyenda que eso. Pero cuando eso se produce, por ejemplo: hay una agresión a un profesional, le hiere, le agrede o le amenaza de muerte o le saca una navaja o cosas de ese tipo...en ese momento, el paciente sale de ese centro. Es expulsado de ese centro, eh. Ni siquiera se le expulsa de la Red. Se le da tratamiento.

1: Sí, sí. Se le cambia de ambiente por decirlo así.

E4: Sí. Se le cambia de ambiente. Por supuesto si vuelve a agredir también se le... Lo que el paciente tiene que saber es que no puede portar armas. No puede agredir ni a los profesionales ni a otros compañeros. Que tiene que moverse dentro de unos mínimos de respeto, eh. Lo que ocurre es que hay veces que personas, casi siempre con problemas de salud mental, vamos a decirlo: no es tanto la drogodependencia como problemas de salud mental asociados que, a veces, hay. Que hay bastantes patologías duales... Bueno, pues en un momento de máxima impulsividad o de dificultades, puede ocurrir. En esos casos no se expulsa de la Red, pero si hay que hacer una denuncia, se hace. Por supuesto. Se denuncia a la policía y si tiene que hacer un proceso....eh.

O sea, el paciente lo rompe siempre. El centro no lo rompe salvo excesivas circunstancias que lo cambian. Y, por lo tanto, cambia el contrato

1: ¿Puede dejarlo y volver a retomarlo?

E4: Por supuesto. Por supuesto.

1: Lo fundamental es la idea de continuidad del proceso de...

E4: Exactamente. Lo que sí es verdad es que, dentro del tratamiento, hay una serie de espacios. Que esos los tenemos que cuidar hasta del consumo. Por ejemplo: si un paciente quiere seguir consumiendo unas drogas y curarse de otras, por decirlo así, “yo-no-quiero-seguir-consumiendo-más-heroína-pero-el-alcohol-no-lo-pienso-dejar”; bueno la heroína.

Por supuesto tratamos de que vea y comprenda que mientras él no deje el alcohol, siempre va a estar en riesgo de consumir heroína, eh. Pero, él elige. Él puede estar...eh...ebrio y puede haber consumido alcohol y ser tratado. Y ser visto por su psicólogo, etc... Pero no va a participar de ningún grupo terapéutico, por ejemplo, mientras esté ebrio. Porque sabemos que si entra una persona intoxicada a ese grupo, es un grave riesgo para los demás. Entonces, por protección de los demás y para que el grupo funcione...si admitiéramos a pacientes...eh..."puestos", ese grupo no haría nada. Nos dedicaríamos a otra cosa. Desde luego a trabajar no. Entonces, hay determinados espacios que se cuidan, eh. No pueden ingresar en una comunidad terapéutica con drogas en el bolsillo, ni consumirlo dentro, no puede ir a un piso que comparte con otras personas... Esos espacios se respetan, tienen que ser libres de consumo. Pero el resto no. Es decir, en tratamientos individuales...yo he tenido montones de entrevistas montones de veces con pacientes que se les cierran los ojos en la entrevista. Qué le voy a hacer si es mi trabajo.

1: En espacios comunes no se puede hacer. Pero luego, cada uno puede hacer su propio plan o su propia vida sobre sí mismo...tiene sus propios márgenes de libertad por parte de... por decirlo así...

E4: Vamos a ver: la libertad no la pierde nunca. La libertad es siempre la del paciente. Lo que nosotros intentamos es que dentro de ese margen de libertad elija ser libre de verdad. Es decir: porque mientras esté consumiendo, no nos engañemos, es todo menos libre. Entonces, intentamos que él haga esa elección hasta donde le sea posible. Pero siempre es una adicción. Nadie...o sea, es verdad que tenemos pacientes que vienen porque el juez les obliga; y en ese caso, podemos decir que no son tratamientos libres. Es a lo que llamamos cuando les preguntamos en el estudio de satisfacción "¿has venido por tu propia iniciativa o porque te han obligado?". Los que dicen "obligado" es porque el juez les ha obligado. Vamos, que les dice: "¿Qué-prefieres: ingresar-en-prisión-o-hacer-un-tratamiento?". Pues te dice "hacer-un-tratamiento". A través del SAJIAD o través de muchos jueces directamente, ¿no? Entonces podemos decir en ese caso que no viene por su propia voluntad, eh. Ahora el hecho de que sea presionado para entrar por una cuestión externa, no significa que en el transcurso del tratamiento se convierta eso, poco a poco, en una motivación personal. ¿Cuántas veces hemos empezado a trabajar con un chico, por ejemplo, que quiere que le quiten la multa que le han puesto por pillarle fumando un canuto y al cabo del tiempo no se va sino que trae un amigo. Entonces, ya, pasa a ser otra cosa.

Yo no creo que haya que despreciar el, el...la presión externa. Porque a veces es necesaria. Para iniciar es necesario muchísimas veces. Si no, no iniciarían nunca .

1: Cambiando un poco de tercio me gustaría saber, bueno, que me explicase la definición de adicción que el IA maneja: ¿se ajusta a la realidad? Y luego, en la definición de adicciones sociales: ¿cuáles entran dentro de esta parcela específica de adicción social y qué sustancias, qué problemáticas de adicciones no entran en esta definición de adicción social? Porque, bueno, observando la memoria me pareció que el problema de las adicciones sociales está relacionado, sobre todo, hacia las nuevas tecnologías, ¿no? Y me gustaría saber si, por ejemplo, lo que tradicionalmente conocemos como adicción son las clásicas drogas, por ejemplo, desde heroína y cocaína o derivados del cannabis y demás... cuánto de...si se valora si tienen un peso social o una parte social.

E4: Ajá. Vamos a ver. Yo creo que mmm...vamos a ver, nosotros no es que tengamos una definición propia, nuestra, diferente a nadie. No. Nosotros aceptamos las definiciones científicas que hay de los... DSMIV...en fin las clasificaciones nacionales e internacionales. No es que estemos...es que son las que son y, por lo tanto, son un referente para que todos nos orientemos respecto a eso. Con lo cual no tenemos nuestra propia definición. Vamos a ver, lo que nosotros pensamos es que las adicciones que llamamos sociales o comportamentales y las adicciones químicas no se diferencian tanto. Es decir: sí que es verdad que hay una cosa importante, hay una sustancia química de por medio en unos casos y en otros no la hay, eh; y que esa sustancia química tiene unos efectos directos

sobre el sistema nervioso y sobre el organismo que en los casos donde no hay esa sustancia química, pues no está.

Ahora bien, es decir, si pudiéramos obviar eso, ponerlo entre paréntesis, luego veríamos que el proceso es muy parecido. Es decir: entre un ludópata, por ejemplo, y un dependiente del alcohol tampoco hay tantas diferencias. Aparte que son casi siempre son alcohólicos o ludópatas -o muy frecuentemente-. Es decir, son adicciones conductuales o comportamentales que están muy ligadas a las adicciones químicas de sustancia. No siempre es así, pero muchas veces sí. El proceso es muy similar. Es decir: hay algo eh...puede ser una sustancia o puede ser una actividad o un objeto que atrae a un sujeto. Si ese sujeto frecuenta ese objeto o esa conducta mucho tiempo y se va sintiendo cada vez más pillado con esa conducta, con ese objeto o con esa sustancia, más enganchado y, poco a poco, esa sustancia va tomando el mando de la vida de esa persona. O esa conducta. Va tomando el mando. Y llega el momento en que ya esa persona no es libre para decidir, por ejemplo, cuánto tiempo me paso jugando o cuánto dinero me juego o cuánto tiempo me paso en Internet o cuánto ya no... o cuántas cosas me compro hasta que me arruine y ya no me compro más...

1: Sí: o cuántos vasos de vino...

E4: Exactamente. En realidad, es lo mismo. Llega un momento en que empieza a ocurrir que ya el sujeto no es libre para decidir cómo controla esa sustancia o esa conducta. Que es la conducta y no la sustancia la que le controla a él .

1: Una pérdida de la autonomía.

E4: Pierde autonomía, pierde la libertad y, poco a poco, todas las demás esferas de la vida de esa persona: la esfera familiar, la esfera social, la esfera laboral...caen por el agujero de esa adicción. Hasta, te podría decir que, hemos visto casos que dejan hasta de comer, para jugar o para lo que sea, eh. Y ahí entra, también, te digo: razones de tipo afectivo. Yo, ahí, meto todas ellas. Yo, bueno, hay muchos libros. Si quieres luego te digo...bueno te lo escribo y yo que sé...pues desde la adicción a las compras, la adicción al sexo, la adicción a Internet y dentro de Internet muchas cosas...que también hay ludópatas que juegan por Internet o sexo que se hace por Internet, etcétera... mmmm.... ¿Qué te iba a decir? Yo creo que en un extremo, si lo pusiéramos en un extremo, yo diría que cualquier conducta llevada a un extremo podría ser objeto de una adicción. Ahora, hay muchas otras que todos sabemos que causan una cierta...

1: ¿Y por qué cree que la gente se hace adicta a una o a otra?

E4: Pues mira, hay muchísimas razones. Hay, es verdad que hay personalidades más proclives, digamos, personas que están solas, aisladas socialmente. Personas que tienen pocas ilusiones en la vida y pocos objetivos en la vida, personas eh...mmmm... ¿cómo te diría yo?...si quieres un poco vacías, internamente, con dificultad para llenar esos vacíos afectivos o vitales. Digamos que son más propensos. Que no quiere decir que lo vayan a desarrollar. Pero sí que son más propensos . Y, luego, no nos olvidemos que todo esto produce una serie de...mmm...cambios a nivel cerebral, eh, que están demostrados. Tanto con una sustancia química cuando la hay como cuando no lo hay. Y donde se producen una serie de cambios en los neurotransmisores cerebrales que van formando esos circuitos adictivos que luego, todo eso, llega a tener su propio enganche. Es decir: que nosotros lo vemos así, entendemos que es así y por eso nuestros profesionales son capaces de tratar tanto una adicción al alcohol como a la heroína, como pueden tratar una ludopatía. Porque realmente no es tan diferente . En ese sentido.

1: Luego, relacionado a esto de social; es decir, la adicción no deja de ser un problema individual. Es decir: el propio individuo y como se relaciona consigo mismo y en relación con una sustancia o una acción problemática; es decir; la ludopatía, por ejemplo lo que decimos... ¿hasta qué punto un problema de índole individual, es decir: yo conmigo mismo lo que yo quiera hacer; pasa a ser...es

decir: en qué momento se comprende como que es un problema social? Es decir que afecta a la sociedad. En qué medida cómo podemos justificarlo, es decir: ¿en qué momento se produce un salto y de un problema individual pasa a ser un problema colectivo?

E4: Yo, esto, es mi opinión personal , ¿eh? Yo no creo que haya un momento en el que se produzca un cambio. Yo creo que siempre hay un problema de adicción, como otros problemas individuales, es un problema social . Desde su inicio. Y que, de hecho, no se dan las mismas adicciones en un tipo de sociedad que en otra, eh. Lo cultural, los rasgos culturales de una determinada sociedad influyen y el tipo de adicciones que esa sociedad fomenta o, por lo menos, permite, ¿no? Si una sociedad es muy consumista, te pongo un caso, es muy probable que se produzcan más adicciones del tipo de consumos. Por ejemplo: hay adicciones a las compras o adicciones a las marcas o adicciones a los coches, adicciones a... es decir... En cambio, si una sociedad alimenta o un tipo de valores más de responsabilidad, de...cómo te diría yo...de colaboración con el otro, otro tipo de valores, es muy probable que no se produzcan, siempre se van a producir, pero se producirán menos o serán otro tipo de adicciones. La permisividad de una sociedad frente a unas adicciones, por ejemplo, influye muchísimo. La adicción al trabajo, por ejemplo, que existe y que es tan grave como pueden ser otras adicciones; en nuestra sociedad no es detectada hasta que ya es muy grave. Porque está muy bien visto que se trabaje...que se sea muy trabajador, ¿no? No quiere decir que el que trabaje muchísimo sea adicto al trabajo, que son dos cosas muy diferentes, ¿no?

1: La gente que se jubila y luego ya no sabe qué hacer cuando ya no tiene que trabajar.

E4: Bueno, eso tiene su parte normal, ¿no? Porque durante mucho tiempo se ha fomentado mucho eso. O se han mantenido horarios muy llenos, muy llenos y luego cuando de repente el horario se vacía, aparecen vacíos. Pueden aparecer otro tipo de trastornos...

1: ¿Crees que es la propia sociedad, muchas veces, la que jalona, espolea esta idea de buscar adicciones, de... es decir, la propia sociedad en la que vivimos, muchas veces, es la que genera adictos que luego la propia sociedad es la que intenta trabajar sobre esas adicciones.

E4: Yo creo que la sociedad tiene un papel importante en lo uno y en lo otro. Pero tampoco todo. Es decir, yo creo que hay que ver... Para nosotros en un tema de adicción, es un tema, es un problema que llamamos biopsicosocial. Es decir: tiene que ver con lo biológico del individuo, hay personas biológicamente ya más con más riesgo para desarrollar según que tipo de adicciones. Hay personas psicológicamente más proclives o con más rasgos, digamos, de mayor vulnerabilidad. Psicológica y también hay una vulnerabilidad social, eh. Y unos factores sociales. Yo creo que no es bueno ni eximir de responsabilidad a la sociedad ni tampoco, que se da también ese caso, echar todas las culpas a la sociedad y dejar al individuo “pobrecito, qué-irresponsable-que-no-tiene-la-culpa-de-lo-que-hace”. Porque tampoco es bueno. Sobre todo no es bueno para la recuperación. Ese es un mensaje y es un discurso que, muchas veces, tenemos que ir cambiando en nuestros pacientes. Porque vienen yo que sé: vienen de la cárcel pero ellos no tienen la culpa, porque delinquieron pero ellos no tienen la culpa. No tienen nunca la culpa y no se qué... Es decir: yo creo que es bueno sin desresponsabilizar a la sociedad pero también hacer que cada uno asuma su parte de responsabilidad en su vida y en su historia, eh. Eso es muy importante.

1: Vale.

Bueno, me gustaría saber los tipos de perfiles que el propio IA tiene y luego cómo ha variado durante el tiempo en el que comenzó en los años ochenta hasta la actualidad. Cómo ha ido variando ese perfil ,¿no? Es decir: a la vez que ha ido evolucionando el propio instituto ha ido variando el propio usuario y luego qué abanico de perfiles se trabaja en el propio instituto, más allá de, pues eso, poblaciones de riesgo y demás.

E4: Bueno, pues yo creo que el perfil ha ido cambiando. Más que por que haya cambiado el instituto, al revés. El instituto ha ido cambiando porque ha ido cambiando el perfil y nos ha obligado, ¿no? Y sí, ha cambiado bastante. Pues en los inicios, como te digo, en el año ochenta y siete, por ejemplo, yo diría que el noventa y nueve por ciento de los pacientes que atendíamos entonces, pues, eran heroínómanos. Es verdad que eran heroínómanos politoxicómanos que consumían, además, todo tipo de fármacos que conseguían de sus médicos como fuera, y de alcohol y de, y de lo que fuera... Pero eran, sobre todo, heroínómanos. Y, además, con consumo intravenoso, en su mayor parte. Con muchos problemas de salud asociados. La mayor parte de ellos seropositivos, entonces. Es decir: eso era lo que había en los años ochenta y siete y ochenta y ocho. Con el tiempo eh, bueno, ha ido evolucionando pero que a esto han contribuido varias cosas. Primero: la imagen social de la heroína que ha entrado en una fase, afortunadamente, pues de... ha dejado de ser una droga, como ahora es la cocaína, de pasar la noche y disfrutar de la noche con la heroína; a ser una droga que representa pues una gran marginación social, muchos problemas de salud, etc... La gente la evidencia así. Y eso ha hecho que, poco a poco, la gente joven se haya ido consumiendo menos heroína. Ahora mismo el porcentaje de jóvenes que consumen heroína es mínimo y el número de pacientes que nos llegan por heroína...todavía llega alguno de los que, a lo mejor, marginalmente nunca habían accedido a la Red...pero son muy, muy poquitos. Y muy, muy poquita gente más joven que haya probado la heroína.

A cambio, ¿qué tenemos ahora? Pues con los años ha ido evolucionando. Pero hemos pasado por temporadas de... la cocaína es una droga, por ejemplo, es una droga que va subiendo y lleva subiendo mucho tiempo como droga principal de los pacientes que acuden. El alcohol ha subido muchísimo. Y ahí sí puedo decir que no es solamente porque se consuma más alcohol, que no es el caso; sino porque el instituto se ha abierto más. Al alcohol. Es decir, porque al principio no se identificaba como ejemplos de drogas y el alcohol no lo consideraban una droga. Y, poco a poco, todas esas campañas que se han ido haciendo para hacer ver que el alcohol es una droga, eh, pues también ha hecho que los alcohólicos accedan CAD.

¿Pues qué tenemos ahora? Tenemos: desde gente joven, muy poquito dañada que sigue con sus estudios y su trabajo, que a lo mejor consume cannabis como droga principal; casi siempre mezclada con alcohol. Tenemos gente, jóvenes que consumen alcohol y cocaína. Tenemos alcohólicos jóvenes y tenemos, luego, crónicos de más de cincuenta años que solo consumen alcohol y que han sido alcohólicos de siempre. Tenemos los heroínómanos de siempre, porque los seguimos teniendo con nosotros; porque son una población muy crónica. Por lo tanto, nos siguen necesitando . Porque están en programas de metadona, por ejemplo. Y porque están trabajando aspectos más laborables etc... O Familiares. Y eh...luego, pues bueno, también hay algunos consumidores de fármacos, no muchos . Es decir: tenemos un abanico, ahora mismo, muy, muy amplio tanto en cuanto a edades, características sociales, culturales ect... tanto como a las sustancias de abuso.

1: La característica definitoria sería la sustancia o sería el conjunto de sustancia y de rasgos sociodemográficos, por ejemplo.

E4: Sería el conjunto. Sería el conjunto . Es verdad que suele coincidir que entre los consumidores de heroína que ahora tenemos, coincide que suelen ser mayores en edad y cuando tú analizas los datos dices: “caray, la media de edad de los que consumen heroína es mayor que la media de edad de los que consumen cannabis”. Pues sí. Que el nivel de estudios es mucho más bajo, que el nivel de paro entre ellos es más alto, que los daños de salud son más frecuentes... Eso se suele dar. Por lo tanto, nosotros, más que hablar de droga, nos gusta hablar de una serie de... perfiles, que llamamos nosotros, ¿no? Porque eso nos orienta más a la hora de intervenir.

1: Y...hemos hablado de los cambios. ¿Cree que ha permanecido algún rasgo común de ese perfil inicial desde el que empezasteis a trabajar?

E4: Pues, pues lo que pervive de entonces son los pacientes. Hay pacientes que, que llevan veinte años con nosotros, eh.

1: Yo me refiero a nivel de imagen. Por ejemplo, en el sentido de...

E4: ¡Ah! De imagen... ¿social?

1: Tanto de imagen social como imagen que se tiene del adicto dentro del IA.

E4: Hombre, en el IA la imagen del adicto no ha cambiado mucho. Porque, de alguna forma, hemos tenido el privilegio de verlos de primera mano. Con lo cual no hemos tenido que inventarnos nada. Los hemos tenido allí. Con lo cual no nos hemos podido engañar tanto como, a lo mejor, en la sociedad. Lo que yo sí que creo que ha cambiado mucho es la imagen del heroinómano. Pero ha cambiado de verdad. Han cambiado ellos también. Es decir: también, internamente, ellos ofrecen una imagen de sí mismos diferente a la que ofrecían hace unos años. Ahora es muy difícil ver como yo veía, cuando yo trabajaba en el barrio de Entrevías, en las vías del tren, en grupos grandes, hinchándose al sol. Eso no lo ves. Y antes lo veías. ¿Y por qué no lo hacen? Porque no se exponen a eso. Primero: ya no se inyectan tanto. Segundo: están en programas de metadona. Tercero: su imagen física ha lavado...ha cambiado totalmente, quiero decir. Una persona que sale con metadona pues, normalmente, está en condiciones de cuidar su salud, de cuidar su higiene, de cuidar su imagen. Incluso de rescatar un trabajo.

1: Sí. Que se sientan normales.

E4: Entonces, ¿qué ha pasado? Pues que todo eso ha hecho que la alarma social baje muchísimo. Porque la alarma social no era tanto por los delitos que se decía que cometían, que no digo que no cometieran alguno, pero no eran tanto los delitos como la alarma producida por esas imágenes, eh. Que eran imágenes muy impactantes, eh, en los parques, los niños...

1: Esas imágenes, ¿cómo se generan? Es decir, evidentemente hay cierto alarmismo social cuando ves lo que dices: un parque, la gente pinchándose...; pero, quiero decir...[pausa]... no es una cosa que simplemente la gente lo ve y ya está, quiero decir...

E4: Se genera, en parte, porque está y, en parte, porque la gente mira hacia allá. Y mira hacia allá porque los medios de comunicación apuntan el foco hacia allá. Y eso es algo que hemos peleado muchísimo. Ha sido una tarea, es una tarea, todavía, pendiente con los medios de comunicación. De pedirles, por favor, que difundan imágenes más normalizadas de las personas con un problema de adicción. La mayor parte de los periodistas cuando inician una relación con nosotros, eh...ahora ya pasa menos, pero antes pasaba mucho: venían a un centro y decían “no-me-los-imaginaba-así”; porque se lo imaginaba con una pre-imagen, que yo no digo que no exista porque si se ha tomado es porque ha existido, pero que se ha generalizado como imagen de un colectivo que no, que realmente no lo representa. No lo representaba entonces y desde luego, ahora, no lo representa en absoluto. Yo no digo que no haya, sigue habiendo personas marginales que, bueno, que siguen decidiendo seguir con esos estilos de vida. Pero son una tremenda minoría y la mayor parte de la gente que está en el programa de mantenimiento con sustitutivos de opiáceos del tipo que sea y sí, que yo no digo que no consuma, pero el tratamiento de sanidad... Pero la alarma social ha descendido muchísimo, muchísimo. Y los delitos. Los delitos relacionados con consumo de drogas, también. En nuestra ciudad por lo menos.

1: ¿Quizá sea porque se ha cambiado el tipo de sustancia? Es decir: antes era la heroína y era mucho más abrasiva, mucho más dura, mucho más absorbente para el individuo que, sin embargo, otras que, también pueden ser igual de absorbentes o de alienantes...

E4: Yo creo que, fíjate, tiene que ver con el tipo de delito. Los heroinómanos cometían más de delitos, robos con intimidación, robo, hurto, tal...sobre todo eso. Pero también, ahora mismo, los cocainómanos, por ejemplo, tenemos unos problemas o mejor dicho tienen unos problemas legales por peleas, por...o sea, tema de control de impulsos. Gente que está puesta de cocaína tiene mucho más riesgo de tener un accidente con el coche, de iniciar una pelea que una persona que está puesta de heroína, eh, que está mucho más tranquila. El heroinómano ha tenido delitos de cómo conseguir dinero para ponerse y el cocainómano tiene más delitos de “estoy puesto la monto aquí, la monto allá, tal”. O, por ejemplo, el alcohólico. El alcohólico tiene muchos problemas legales, delitos, pues de malos tratos, de violencia contra mujeres o contra otros, o de montar peleas, accidentes de tráfico... cosas de ese tipo. Yo creo que cada sustancia lleva emparejados sus tipos de problemas asociados.

1: De acuerdo. Me gustaría, bueno, hablar sobre la visión que tiene el propio IA de su existencia para la ciudad de Madrid y sus ciudadanos y si creen que cumplir con los propios objetivos que el IA establece para sí mismos y para con la población de Madrid, creen que, al final, repercute positivamente para el tejido social que es la ciudad de Madrid. Es decir: cuál es la visión que tiene el IA de sí mismo y luego cómo crees que eso repercute positivamente a...

E4: Ajá. Ya, ya. Sí.

Vamos a ver, el instituto, tal y como nos vemos, [pequeña risa] nos vemos como una red muy, muy grande y muy fuerte. Con muchos recursos, la verdad. Con muchos recursos, sobre todo cuando nos comparamos con otras redes del Estado. Y, por otra parte, nos vemos como una red que somos poco conocida todavía. Es decir: nos conoce quien nos necesita. Pero el ciudadano que no nos necesita y que nosotros sí que necesitamos que nos conozca, por ejemplo para hacer un programa preventivo o una campaña...nos vemos, todavía, poco conocidos. La mayor parte de la gente cuando entra y nos conoce... “yo-no-sabía-que-teníais-esto. Anda-tenéis-esto-otro, Ah, además-tenéis-este-programa”...Es decir: no somos conocidos. Y no hemos encontrado la forma, todavía, de hacernos conocer bien. Es verdad que ahora tenemos una página web, la página de Madrid Salud y que por ahí es fácil acceder a las cosas y que esperamos que desde ahí podamos tener mayor... pero nos consideramos una red muy potente, por una parte, que en este momento tiene medios y recursos en cuanto al tratamiento, suficientes. Junto con los de la Comunidad de Madrid. No somos los únicos. También están los CAID de la Agencia. Y, ahora, los privados que haya, eh. Pero que en este momento no hay las listas de espera que hemos tenido en otro momento de la historia. Es decir que hemos llegado a un punto en el que, más o menos, conseguimos atender a todo el mundo que hace demanda, que nos hace una demanda. Pero, en la parte de prevención consideramos que necesitamos mayor difusión.

[Entra una compañera que avisa a la entrevista de la presencia de otra cita]

1: Bueno, es decir, lo que yo me pregunto es: ¿cree que es necesaria la existencia de un instituto de adicciones para la ciudad de Madrid?

E4: Hoy por hoy, sí.

1: Hoy por hoy, sí.

E4: Hoy por hoy, sí. Porque, fíjate, solamente los doce centros nuestros atienden a unas nueve mil personas al año. Si ahora mismo no existiéramos, no creo que la red sanitaria ordinaria pudiera hacerse cargo. Esto no quiere decir que con el tiempo se pueda organizar de otra forma, eh. Pero, hoy por hoy, somos necesarios. Todavía.

1: ¿Y crees que esa necesidad es porque aún la gente, entendiendo la droga como una sustancia y una herramienta; es decir: dentro de ello es necesario un conocimiento de como saber gestionar esa herramienta, entre comillas, bien porque la gente no está preparada, no conoces las consecuencias...

es decir, por ejemplo: tenemos la figura de lo que es la heroína. Es decir: el miedo social a la droga. Sabes que si te drogas puedes acabar, pues... Evidenciando precisamente eso: heroína, cocaína...tradicionalmente se ha asociado heroína la de los desheredados sociales y la cocaína, la del éxito, ¿no? Muchas veces, sin embargo, la cocaína no se veía como droga pero, sin embargo, la heroína sí. Mi pregunta es: ¿crees que la sociedad no está...no se ha producido un debate real de las consecuencias de una propia educación de lo que es, al igual que con el sexo o sobre otras cuestiones; realmente lo que hace falta es un verdadero conocimiento?

E4: Yo, vamos a ver, yo creo que desde luego lo que hace falta es hacer más prevención de la que se está haciendo. Y mejor. Y ser capaces de llegar más a las familias, por ejemplo, a los centros escolares...que aunque nosotros hacemos, ya te contarán en Prevención, en esos ámbitos. Pero hay que llegar más. Ahora bien, yo no creo que sea un problema de conocimiento. Yo no creo que los jóvenes que consumen no sepan las consecuencias del consumo. Las saben. Las conocen. La mayor parte, las conocen. No es un problema de información y conocimiento. Es un programa de actitud y de riesgo que determinadas personas, muchas personas, además, en muchas sociedades, deciden asumir, eh. Y deciden asumir el riesgo que le puede producir el fumar tabaco o el tomar café o el beber alcohol o el tomar heroína. Y eso es un tema que esta muy unido. Primero, a la naturaleza humana. Vemos a lo largo de toda la historia diferentes según qué culturas y qué países, pero siempre hemos convivido, digamos, con la droga. Es verdad que en determinados momentos de la historia eso se convierte en verdaderas epidemias como pasó aquí con el tema de la heroína. Y que han influido otra serie de factores, pues, de entrada del narcotráfico sin ir más lejos y de otras muchas cosas, eh. Y que en sociedades muy consumistas es más fácil que se extienda ese tipo de cosas. En sociedades muy de ocio, muy de la cultura de la diversión a tope y de los valores de la “hasta-más-no-poder”, eh. Pero tenemos que convivir con eso y yo creo que hay que pensar en cómo convivir con eso.

1: Vale. Hombre...(silencio)...yo creo que la idea es esa. Las, los consumos que se hacen en la sociedad actual está asociado a las formas de ocio y de consumo específico. Es decir: la gente consume las drogas de cierta manera y eso implica que, luego, las formas de actuar sobre esa población de riesgo sea diferen...de una forma específica.

E4: Claro. Tienes toda la razón. El que es...por eso, a la hora de trabajar en esto, no es solamente que tú sepas la sustancia química y los efectos químicos que producen en el organismo. Sino sobre todo qué significa, qué supone, qué valores tiene para la persona, cómo es la relación de esa persona con la droga para poder desmontar eso y darle otra opción diferente . Para una persona, consumir puede ser llenar un vacío. Para otra puede ser, pues, que ha roto con la pareja y que “no-sé-qué”, para otro puede ser “es-que-si-me-drogo-ligo-más”, yo qué sé. Es decir, eso hay que irlo desentrañando. Y ya eso en los casos individuales cuando ahí se va viendo. Pero es verdad que, en determinados momentos sociales, pues determinados consumos significan una cosa y otros significan otra.

1: Ehh, vale, bueno. En relación con esto, el...atendiendo al binomio de juventud y consumo de drogas, ¿hacia qué polo estamos tendiendo? Es decir, ¿se están produciendo nuevos patrones de consumo? Teniendo en cuenta sobre todo eso, la experiencia pasada de la heroína que en España y en Madrid ha sido bastante fuerte. ¿Hacia dónde cree que está avanzando el consumo de drogas? Es decir, tanto de ciertas sustancias, del uso que se le da y de la conciencia, o consciencia, que los jóvenes tienen de lo que es la droga en sí.

E4: Mira, observando a los jóvenes es donde mejor vemos los cambios que se avecinan. Porque siempre es la población que inicia determinado consumo. O un determinado estilo de consumir algo antiguo. Pero que cambia el estilo. Y ya lo vas viendo. La Juventud es muy vulnerable al fenómeno Moda. Y eso lo saben perfectamente los vendedores. Y por eso revisten los productos de algo atractivo...acuérdate de las famosas pastillas con sus marcas, con sus nombres, con sus colores, con sus anagramas, etc... Porque se vende, eh. Y la Juventud, siempre, es muy vulnerable . No porque sea

más vulnerable, sino porque, también, está más acosada, ¿no? Por los temas de consumo. Porque, al fin y al cabo, es una población que consume mucho: ropa, salida, ocio y drogas. ¿No?

1: El problema es ese, ¿no? La droga está conceptualizada no como una cosa que pueda aportarte ciertas historias sino como un espacio de mercado que ciertas personas quieren...

E4: Por supuesto.

1: ...traficar.

E4: Por supuesto. Para quien vende, para quien vende, es eso. Lo mismo que quien quiere venderles camisetas caras para ganar, pues eso, dinero. Y les quiere vender la droga. Y se la va a presentar de todas las formas posibles para que entre. Porque, además, saben que ese es el mercado. Todo lo que entra a través de los jóvenes se extiende después. Por eso, las tabaquerías se dirigen, muchas veces, con sus anuncios a la población joven. Acuérdate de aquellos anuncios de, de, de cuando querían fomentar el consumo femenino de tabaco y aparecía un paquete de tabaco lleno de lápices de labios. Es decir: la publicidad sabe perfectamente, muy bien, que cuerdas tiene que tocar para conseguir eso. Y, hoy por hoy, lo cierto es que, y eso es una característica diferente, está muy metido en los hábitos sociales de los jóvenes todavía. Y que creo que la línea sigue por ahí, de momento: el tema de consumir y pasarlo bien es un binomio que no son capaces de disociar todavía. No digo la mayoría, pero en muchos jóvenes. Y que es necesario que eso cambie para que las circunstancias cambien.

Siempre han bebido alcohol. Los jóvenes y los no tan jóvenes pero no siempre estaba presente. En cambio, ahora está muy presente. El alcohol sobre todo. Está muy, muy presente. Y la forma de asociar ese consumo en pocas horas, de beber muy rápido, de colocarse muy pronto, de presumir al día siguiente del grado de colocón que llegué... Por ejemplo en chicas jóvenes, que antes se consideraba una vergüenza. Que un chico bebiera, bueno; pero que una chica bebiera se veía mal. Ahora la chica presume, eh, aunque pese cuarenta kilos, de la que se cogió anoche. Es decir: esas cosas han variado, han cambiado. Lo sienten algo muy suyo, son espacios muy al margen del mundo adulto, donde se sienten muy a sus anchas. Y, quizás, el consumo es una marca de "esto-es-mío. Y-de-aquí-para-allá...". Romper con el mundo adulto, eh. Eso es más general...

1: ¿Cómo trabaja el propio instituto a la hora de elaborar los planes? ¿Es consciente de todas estas cuestiones o...?

E4: Somos conscientes e intentamos...eso quizás en Prevención pueden contestar. Porque hemos tenido muchas experiencias, algunas mejores; otras, con menos producto. Pero, por ejemplo, hemos trabajado, incluso, en los espacios de ocio de lo que llamamos "espacios de botellón nocturnos". Y con ayuda de asociaciones que están muy en contacto con los jóvenes, con los propios jóvenes, vaya, que han querido hacer de mediadores, en esos propios espacios difundiendo información, folletos, etc... Se está trabajando con las universidades también. Con los centros universitarios. Pero es un tema que, yo creo que, es nuestra gran asignatura pendiente. Cuando digo nuestra, digo a todos los que trabajamos en el área de las drogas. El tema de la prevención, el tema de los consumos de los jóvenes, es algo que lo tenemos como una brecha que va a seguir dando problemas.

1: ¿Cómo se sitúa el IA respecto al consumo...

Un par de preguntas más y ya terminamos...

E4: Vale.

1: [¿Cómo se sitúa el IA respecto al consumo...] es un mal que hay que erradicar o la clave pasa por una red o una educación de toda la sociedad respecto a lo que en materia de consumo nos referimos? Es decir...

E4: Hombre, Erradicar... Ojala se pudiera. Ahí, nosotros, no intervenimos. Nosotros no estamos ni en temas de tráfico, ni, ni, ni legislamos, ni nada de eso. Ojala llegue ese momento. Pero yo creo, nosotros nos planteamos que es algo con lo que tenemos que convivir y que vamos a seguir con ello y que tenemos que seguir ofreciendo respuestas . Tanto para lo preventivo como para lo sistémico.

1: En el ideal de trabajo del IA en la erradicación de toda droga...

E4: Para nosotros es que no existe un ideal en ese sentido . Para nosotros, el ideal es que el servicio en nuestros programas causen el mayor bien posible. Pero para nosotros el ideal de que algo cambie socialmente...es que ni nos lo planteamos. Porque si tú, supongo que como individuo se lo planteará como quiera, pero nosotros estamos aquí para dar respuesta a una realidad social. No nos planteamos el cambiar esa realidad. Porque ni nos corresponde, ni podemos. Ojala pudiéramos.

1: Vale. Bueno, una pregunta más y ya terminamos.

E4: Sí. Te lo agradezco porque me están esperando, aquí, a las once.

1: ¿Qué importancia tiene el ámbito familiar, o la familia, para el individuo que está...

E4: Para nosotros, muchísima . Tanto a nivel de prevención...

1: ¿Cómo?

E4: Pues mira: a nivel de prevención porque pensamos que la familia es el espacio donde de verdad, el espacio educativo primero y por excelencia. Por mucha influencia que pueda tener el colegio, que puedan tener los amigos, que pueda tener.... La familia, si quiere, puede aprovechar una capacidad de influencia muchísimo mayor. Multiplicada. Y en eso estamos de acuerdo no sólo los que trabajamos en drogas, sino los que trabajan en cualquier problematema educativo. El potencial preventivo y educativo de la familia es tremendo. El nuestro país y en nuestra sociedad, eh. Todavía lo sigue siendo.

Y luego, además, porque en el caso de los tratamientos lo hemos visto. Lo hemos comprobado muchísimas veces. Cuando viene un paciente acompañado de la familia y esa familia se implica en el tratamiento, ese paciente tiene un mejor pronóstico. Demostrado por los hechos pero con diferencia. Es más: te diría que si yo tuviera que elegir entre un paciente solo o una familia sola, por el hijo, casi siempre el hijo o la hija no quiere venir; me quedo con la familia. Porque sé que si yo trabajo con la familia, tengo mucha más capacidad de influencia sobre el afectado que si tengo al afectado delante de mí. Hasta ese punto consideramos que la familia tiene capacidad de influencia, eh. Entonces, para nosotros, es muy importante. Es verdad que con los años, a medida que nuestros pacientes se han ido haciendo tan mayores, pues ya muchos de ellos tienen padres muy mayores o ya no los tienen. Son muy viejillos. Y, por lo tanto, no es lo mismo trabajar con un joven de veintiún años y sus padres que con un adulto de cincuenta que ya los padres están... entre otras cosas, hartos de nosotros, hartos de grupos y hartos de todo.

1: Vale.

Bueno, para finalizar, simplemente, comentar si quiere añadir alguna cosa a modo de conclusión, reflexión final o alguna aportación que, quizás, sea importante señalar a nivel de Subdirección, del propio instituto...

E4: Pues no mucho. Bueno, que para nosotros, ahora mismo, es un reto el, el mantener la red que tenemos, mantener los servicios que tenemos en esta situación económica en la que estamos porque, bueno, es complicado y porque lo estamos notando, también, en los pacientes, ¿no? Pues que nos demandan más que antes cuestiones del tipo económico, asesoramiento económico,

laboral...en fin, en ese aspecto. Y bueno, nos preocupa cómo sobrevivir a esto. Supongo que saldremos. Más o menos.

1: De acuerdo. Simplemente agradecer su disponibilidad y su tiempo. Agradecerle su...

E4: Ha sido un placer, Jorge.

1: Muchas gracias.

REINSERCIÓN E5:

1: Este estudio trata sobre desviación social, que es aquella rama de la sociología que se encarga de aquellos individuos que se sitúan más allá de la normalidad, entendiendo la normalidad como aquello que la gente entiende como lo normal; es decir aquello que las personas repiten con más frecuencia, lo arquetípico, y creen que es lo esperado para con cualquier situación.

E5: ¿Lo que deben hacer o lo más frecuente? Es siempre una pregunta que me he hecho.

1: Suele venir acompañado, aunque muchas veces uno precede al otro y viceversa: A precede a B y B precede a A...muchas veces suele ir acompañado, lo que la mayoría suele hacer con lo que se debe hacer; y lo que se debe hacer, muchas veces, obliga a la mayoría, a la gente, a que es lo que debe hacer. Son varias capas, por decirlo así, que se superponen y ahí entra en juego lo que es la legalidad, las costumbres...un poquito todo...todo aquello que conforma un hecho social. Es decir, la interacción entre dos personas en un medio.

E5: Vale, muy bien. Oye, un momentín, tenemos entonces, ¿cuánto?: ¿unos 45 minutos?

1: Sí, yo había calculado unos 45 minutos o una cosa así.

E5: ¿Desde ahora?

1: Sí.

E5: Sí, ya. ¿Sabes por qué? Porque yo a las 11 y...Entonces, son las 11 y 25, perdona 10 y 25...pues...

1: ¿11y 15 más o menos? ¿Te parece bien? U 11.

E5: Sí, vale, 11 y 10. Si tú ves luego que algo se queda en el tintero pues...

1: No, hombre...En principio, tengo aquí estructuradas una serie de preguntas que en caso de...

E5: Perfecto.

1: Bueno, antes de comenzar la entrevista, me gustaría presentarme, aunque ya me he presentado brevemente.

E5: ¿Te llamas?

1: Jorge Marrón. Como ya he comentado, soy licenciado en Sociología y estoy haciendo...

E5: Sociología.

1: Sí, Sociología y estoy haciendo el doctorado en el Departamento de Teoría Sociológica y bueno, te comento brevemente el tema que trato: la desviación social; y para este proyecto final de los cursos de doctorado, como parte final, estoy estudiando el Instituto de Adicciones y las relaciones que esta

organización tiene para la ciudad de Madrid; es decir: qué implicación tiene y cuál es su sentido y su función.

Bueno, antes de nada y de comenzar, me gustaría dejar ciertas cosas claras, sobre todo agradecerte tu tiempo, tu disponibilidad y tu amabilidad por recibirme...

E5: Estoy encantada, estoy encantada.

1: ...y dedicarme tu tiempo y bueno algunos aspectos como la confidencialidad y el respeto hacia las personas y ciertas cosas que puedan salir o que no debieran ser reveladas, no será dicho ni nada.

A partir de aquí...Bueno, si tienes algún tipo de duda a la hora de que se te haga una pregunta o algún concepto no queda claro, pues me lo preguntas, yo te lo respondo y con el sentido último de facilitar esto y que sea lo más apetecible posible. Sin más y, bueno, agradeciendo tu colaboración para comenzar esto: me gustaría que te presentases, cuánto tiempo llevas aquí, cuál es tu función... un poquito te introduces.

E5: Pues mira, yo me llamo S. L, soy psicóloga y trabajo en el campo de las adicciones desde hace más de 15 años, porque he estado trabajando 12 años como psicóloga en un CAD, en un centro de atención a las drogas, en el CAD de San Blas y desde hace 5 años soy la adjunta del Departamento de Reinserción. Y el Departamento de Reinserción, justamente, su objetivo es, pues, conseguir que las personas normalicen su vida, las personas se integren a nivel social, familiar y laboral. Ese es nuestro...y luego también trabajamos mucho para que, pues, los ciudadanos rompan, muchas veces, los prejuicios y actitudes negativas que tienen frente a esa persona.

1: Vale, pues bueno, para romper un poco el fuego, por decirlo así, me gustaría entender esas variables, esos factores que tú has dicho...ver si me los puedes desgranar, es decir, en qué y cómo podemos hablar de una auténtica reinserción; qué factores o qué ámbitos de la vida del individuo son clave o capitales o fundamentales para hablar de una reinserción.

E5: Pues mira, vamos a ver. No se si X te ha hablado de que, ahora mismo, hay un instrumento que se llama los ejes multiaxiales...

1: Sí, algo me ha comentando.

E5: Ah, te ha comentado, bien. Bueno, pues vamos a ver. Desde un punto de vista de la reinserción, pensamos que una persona está reinsertada cuando la persona llevaba una vida normalizada; en todos los ámbitos, normalizada o dentro de lo posible. Vamos a ver, si hay una persona que tiene un deterioro cognitivo y es imposible recuperársela al 100 por 100, con que tenga una vida familiar, de ocio... adecuada, pues pensamos que está normalizado.

Vamos a ver, la clave es que la persona pueda participar de la sociedad. O sea, pensamos que una persona está reinsertada cuando, primero: tiene controlado el consumo, es decir, ya sabe frenar el deseo de consumo...y...entonces, bueno, llega la abstinencia, esa persona ya ha armonizado sus relaciones familiares, esa persona cuenta con un sistema relacional de amigos, la persona tiene una estabilidad laboral, cuando la persona tiene un ocio adecuado. Entonces, en ese momento, decimos...claro, bueno, eso es una perita en dulce, porque no todo el mundo sale así, eh. Primero, hay gente que pues eso, jubilados que a lo mejor no tienen ya por qué trabajar...eh...sabes pues porque...mmm...pues porque hay personas que no sé, tienen patología dual, pues con que estén estabilizados en su patología es suficiente...Pero vamos, tú quédate con, para mi gusto, lo importante es que esa persona participe en la sociedad como un ciudadano de pleno derecho, eh. Entonces cuando llega a ser así, pues decimos que está persona está insertada.

1: ¿Alguno de estos campos que has comentado: el laboral, el ocio, familiar...eh...consumo... tiene mayor peso o mayor centralidad o los esfuerzos se centran mucho más a la hora de trabajar sobre ellos?

E5: ¿En la reinserción? Sí, claro porque mira vamos a ver, efectivamente, en un primer momento sobre lo que más se trabaja, el caballo de batalla, es el consumo, eh... entonces, eso asistencia te hablará de ello. Pero una vez que ya la persona ha estabilizado ya su consumo, entonces, desde reinserción qué hacemos. Hacemos, pues bueno: trabajamos; trabajamos para que la persona tenga estrategias para que tenga una capacidad de acceder a un empleo de forma saludable... Entonces qué pasa, pues que se le forma, se le capacita, hay talleres, hay muchos recursos y apoyo para el empleo y formativos para que sea así. Damos, también, muchísima importancia al ocio porque el ocio va muy unido al consumo; sobre todo porque, muchas veces, los usuarios, pues, tienen un ocio pasivo, un ocio donde están largas horas...mmm...no sé, en un parque...tienen pocos amigos y los amigos son de consumo...entonces, ¿qué pasa?... Es clave y a ellos es, a veces, lo que más les cuesta, es clave hacer todo un programa para que cambien actitudes, cambien hábitos, para que se den cuenta y valoren, pues bueno... que el ocio tiene una gran capacidad de, bueno pues, pues que tengan una vida saludable, creativa y normal. También damos muchísima importancia a que la persona tenga hábitos saludables, eh: en la alimentación, en la higiene, en autocuidados, en que mantengan, por ejemplo, la adhesión al tratamiento...de relajación... Es decir, que de hecho hay también un programa de reinserción especialmente dedicado a la educación para la salud.

1: Una duda que tengo respecto a autocuidados, a lo mejor es quizás un poco más para asistencia pero bueno...

E5: También es nuestro.

1: Quisiera conocer en qué términos se refiere el autocuidados. Simplemente a...

[Entra una persona, con lo cual paro y reinicio la grabación]

E5: Autocuidados. Autocuidados significa que la persona, bueno pues, sea autónoma a la hora de tener, pues bueno, unos buenos hábitos; en cuanto a higiene y alimentación. O sea higiene, pues por ejemplo...te va a parecer mentira pero hay personas con una adicción que se han dejado mucho, que apenas se lavan...pues bueno, que se laven, que se duchen...los dientes: pues que todos los días tengan una buena educación bucodental....ehh...que den mucha importancia a la comida...muchos han estado acostumbrados a comer a base de dulces, a comer, o sea...

1: No, o sea, los autocuidados a nivel, por decirlo así, biológico-sanitario...se trabaja desde eh...desde...

E5: Se trabaja desde la educación para la salud.

1: Ajá, no simplemente de autocuidados hacia las personas, hacia las relaciones sociales que tienen.

E5: No, no, no. Eso es distinto...no, no, no...vamos a ver, vamos a ver. Nosotros, autocuidados, lo llamamos cuando son hábitos saludables físicos, ¿vale? Y mentales, ¿vale? Pues eso, porque también que siga la medicación que le han puesto, que esa persona acuda a esos centros sanitarios... En cambio, cuando queremos modificar habilidades, pues bueno, habilidades de comunicación, de empatía, habilidades sociorelacionales...nosotros tenemos un servicio dentro de de, bueno, del Instituto de Adicciones, que se llama SOL, Servicio de Orientación Laboral, y allí hay grupos donde, especialmente, si se trabajan actividades y habilidades para pues, por ejemplo, para modificar la comunicación no verbal, para dar una buena imagen frente a una entrevista laboral...bueno, sabes, o sea... una serie de cosas...pues...competencias, por ejemplo...pues, pues...para que una persona sea flexible digamos que en el trabajo, que tenga y mantenga buenas relaciones con el jefe, que también

les cuesta, con sus compañeros que, a veces, se pican...o no saben expresar sus derechos...Efectivamente, pues sí que hay un servicio, tanto en los CADs, puesto que también en los CAD se trabaja muchísimo habilidades...ehh...sociales, que es como las llamamos; pero luego, también, incidiendo y para que la persona tenga herramientas especiales a la hora de encontrar y mantener un buen trabajo, en el SOL, también, hay grupos especiales para trabajar esto.

1: De eso quería hablar. Sobre el SOL, ¿cuál es el peso específico que tiene dentro de lo que podríamos llamar el proceso de recuperación?

E5: Pues mira, tiene mucho, te cuento. Los CAD, los centros, tienen un equipo interdisciplinar, ¿no?, donde todos, médicos, psicólogos, trabajo social... todo el mundo... Bueno, entonces, todos van en la misma dirección, cada uno con sus instrumentos y herramientas...todos van, pues bueno, a movilizar, a motivar, para que la persona encuentre un trabajo, primero para que se forme, para que encuentre un trabajo, lo mantenga y lo mejore, ¿no? Siempre con esa idea. Pero como hay usuarios que, efectivamente, que tienen especiales déficits, pues en formación, en capacitación laboral, en autoestima, en mantenimiento del empleo...pues se creó un servicio que está convenido con el Instituto de Adicciones que, realmente, lo que hace es, bueno, que atiende...tiene, no sé, tiene personalizados como unos 1200 al año, y lo que hace es coger a la gente que tiene baja empleabilidad...personas que, imagínate: mayores de 45 años, personas que jamás han trabajado en su vida, personas que, pues eso, pues con cicatrices, o sea...

1: Estigmas...

E5: ...estigmas...personas que, bueno, personas que no saben cómo empezar. No saben cómo acudir, que no saben cómo rellenar un currículum...por ejemplo, cuando hay vacíos: has estado 4 o 5 años sin hacer nada... Pues ahí, coges y les enseñas a, bueno, a un poco a maquillar no, pero ya sabes, a transformar ese vacío en algo constructivo para que los empresarios, pues bueno, o las empresas, bueno, pues, les escoja. También, no sé si sabes, que el SOL también hace un contacto con empresas...

1: Sí. Querría preguntarte varias cosas dentro del SOL, porque me parece que es un servicio, por decirlo así, de orientación laboral que me parece que tiene mucha importancia...

E5: Sí, sí, mucha importancia.

1: Hay varias cuestiones, ¿no? Sobre todo, ¿a qué sector pertenecen las empresas con las que tiene los convenios?

E5: ¿A qué sector?

1: Sí, es decir a qué...

E5: No, mira, vamos a ver, no, no, no...vamos a ver, mira. El SOL no tiene ninguna, ningún convenio con ninguna empresa, ¿vale? El SOL, lo que hace, es que se moviliza, va visitando, a lo mejor, a 3000 empresas al año y les dice: oye, mira. Tenemos una bolsa de empleo...no, perdona...una bolsa de trabajo, con personas que han tenido problemas de adicción pero que están preparadas, perfectamente, para este puesto. Y, además, nosotros te garantizamos, si quieres, un seguimiento y un apoyo, eh, hasta que la persona haya, sabes...encaja. Entonces, tienen reuniones periódicas y un seguimiento muy, muy, muy cercano hasta que ya pensamos que la persona está ya preparada.

Entonces, pero claro: ¿en qué sector trabajan nuestros usuarios? Claro, los que yo te hablo son personas de baja empleabilidad, eh. Entonces, qué pasa; son sectores, mira, son sectores de servicios auxiliares, como por ejemplo: limpieza, jardinería, conserjería, control de accesos, es decir, auxiliar de vigilante porque no tienen placa y también logística, como conductor, reparto. Esto son, claro, con

los que...mmm...el SOL, el servicio, se mueve con esas empresas porque es ahí donde los usuarios nuestros de baja empleabilidad, sí que tienen un...sabes...una, una salida. Tenemos, también, personas que han sido funcionarios, que han sido policías, han sido empresarios, que han sido directores de banco, eh...todas esas personas, muchas veces, basta un pequeño apoyo para que recuperen lo que han perdido...pero hay veces que no. Hay veces que, imagínate que esa persona, un funcionario, que lleva 5 años de trabajar y entonces, han caído en riesgo de exclusión en exclusión y, entonces, es muy difícil recuperarlo.

¿Entonces qué pasa? Bueno, pues las personas también...claro...a lo mejor ya no pueden ser directores de banco porque ya, eh, porque además, muchas veces, pues claro, el alcohol produce deterioros, eh, a nivel cognitivo, y, entonces, ya, tampoco, pueden desempeñar esas, esas funciones que hacían antes. Pero, pero...sí que te digo que bueno, yo creo que sí, que es un éxito, que se consigue al año, el que se inserten laboralmente alrededor de 500 personas, eh. Alrededor de 500.

Y bueno, hasta hace, hasta el año 2009, solamente se contaban las personas que se insertaban por primera vez, no las segundas; las segundas pensamos, siempre, que son hoja de empleo....no sé, imagínate... alguien tiene un trabajo, no sé, de jardinero en una comunidad de vecinos y, de repente, te dan por ese jardinero El Retiro; pues entonces, es una mejora de trabajo pero...o sea, la política era no contarlas. A partir del año 2010, hemos pensado que es mucho más efectivo contar las inserciones realizadas, entonces, bueno pues, es así.

1: De acuerdo. Entonces, por lo tanto, el SOL hace un seguimiento individualizado, por decirlo así, de las propias posibilidades teniendo en cuenta las capacidades del individuo, la situación en la que se encuentra y a partir de ahí, trabaja por encontrar una salida lo más idónea posible, ¿no? Buscando, siempre, lo positivo.

E5: Sí, efectivamente. Yo te cuento. Vamos a ver...claro...trabajan muy coordinadamente el SOL y el CAD, ¿vale? O sea, quiero decir...hay una...un seguimiento impresionante con el profesional de referencia, con el orientador laboral...De hecho, el SOL tiene también su éxito porque dos veces por semana acuden a los CAD...en los CAD se hace la primera entrevista para ver, un poco, pues mira: se analizan fortalezas, debilidades, amenazas...o sea, pues un poco ver...vamos a ver, esta persona: cuáles aspectos son positivos por los que se puede, sabes...él, él desde ahí puede empezar a sacar, sabes, pues, pues, no sé, fuerzas y autoestima y luego, viene pues sus déficits y sus carencias para suplirlas, pues desde con talleres: talleres de formación, talleres de la cuestión laboral o talleres de Internet, que sabes que tiene también el SOL. Y luego, también, está...lo que te cuento...

Desde el SOL hay 4 itinerarios, ¿no? Un itinerario que es para trabajar por cuenta propia, eso se llama autoempleo. Pues, entonces, por ejemplo, salieron iniciativas como montar una tintorería ecológica, montar un catering, sabes...iban a hacer...hay, hay como...luego, también, una empresa de reparto...bueno, son pequeñas iniciativas...pero que funcionan, eh. Entonces, pues bueno, te cuento: se les forma para que también sean capaces de crear un poco la contabilidad de la empresa, o sea un poco...pues ese sería autoempleo.

Otro es por cuenta ajena, ¿no? Pues eso ya para una entrevista...Ahí ellos van a empresas que no saben que tienen problemas de drogas, ¿vale? Ellos van a empresas, igual que otros.

Luego, también, hay empleo protegido. Empleo protegido es cuando ya, el empresario, sabe que esa persona tiene una problema de adicción, ¿vale? Se le dice: mira, tú, ¿qué prefieres: tener un albañil que bebe y no lo sabes o tener a una persona que ha estado bebiendo pero que está controlado y que nosotros le vamos a seguir? Muchas veces, por ejemplo, hay empresas muy fuertes que hacen acuerdos, como por ejemplo VIPS, o como por ejemplo... hay empresas muy fuertes en Madrid que sí, que están apostando por...

1: Por el empleo protegido.

E5: Sí, por el empleo protegido.

1: Y la última opción, ¿cuál sería?

E5: Y la última opción es formativos. Se llaman IPIF, o sea, itinerarios personalizados de inserción formativos, cuando vemos que la persona, bueno, pues a lo mejor necesita cambiar de sector, no sé...mmmm...pues no sé, alguien que ha sido toda su vida, no sé, disc jockey en una discoteca y claro, con cocaína, pues, pues es un caos....hay que formarle en algo. Hombre, que a lo mejor tenga algo que ver con relaciones públicas y tal, no se qué o no se cuántos, pero...o imagínate que hay una gente que siempre ha estado, no sé, vendiendo en el Caprabo o de cajera, ¿no?; pues, entonces, ¿qué pasa?...o al que le encanta ser electricista: se le forma, se le lleva a un taller de electricidad para que...para que tenga un trabajo más...

1: Ajá. A partir de esto que me ha comentado, dos cuestiones: ¿cómo entiende el propio IA, Instituto de Adicciones, el empleo protegido, teniendo en cuenta los aspectos positivos y negativos? Y luego, eh, teniendo en cuenta la capacidad y el alcance de los recursos disponibles, avanzando siempre hacia la reinserción, ¿cree que habría que potenciar mucho más los talleres de capacitación laboral? Es decir, ¿cree que, a veces, se podría quedar corto y habría que avanzar hacia....?

E5: Vale, sí. Pues mira, te contamos. Por un lado: ¿cómo entiende el Instituto de Adicciones el empleo protegido? Pues lo entiende de tal forma que, dentro del SOL, ha creado el Servicio de Apoyo al Empleo Protegido, ¿no? ¿Para qué? Para articular un apoyo de forma más intensa a personas que tienen especiales dificultades añadidas a su problema de adicción, ¿no? Dificultades, por ejemplo, como iconografía cursada, un déficit acentuado en la vida sociolaboral, tiene una discapacidad de origen mental... Entonces, bueno, se hacen unas entrevistas especiales para detectar eso y, bueno, esto implica un acompañamiento más intenso y, de hecho, se han diseñado 3 talleres específicos: pues un taller de autoestima, un taller de adecuación a la imagen a contextos laborales y un taller de comunicación no verbal. Con esto sí que te digo que es, entonces, con los que se contacta con las empresas...las empresas saben que esa persona tiene un problema de adicción y que tiene dificultades y, bueno, entonces...son personas que tienen un nivel bajo de: empleabilidad, ¿vale?

Y luego, ¿que si creo que es importante el esfuerzo por potenciar los talleres de capacitación laboral? Pues sí. Tendríamos que ofertar más plazas porque hay lista de espera. Pero también creo que es un colectivo que se le cuida y se le miman y contamos con talleres de electricidad y mecánica de motos convenidos con nosotros...contamos con talleres de arteterapia, restauración...contamos con talleres, por ejemplo, que ahora tienen mucho tirón...que se llama "cósete un futuro", de costura... Tenemos dos talleres de empleo que, bueno, están convenidos con la Agencia de Empleo; son dos talleres de jardinería donde ya ganan dinero, o sea, es un taller de empleo. La persona para entrar ahí tiene que, bueno, pues estar suscrita en el INEM, o sea, quiero decir que ganan alrededor de 800 euros...Y, además, es un empleo en toda regla y muchos de ellos, al final, acaban trabajando, por ejemplo, en viveros de ayuntamiento, bueno, no sé, tiene muchísimas salidas laborales.

1: Una cuestión: esta gente que está dentro del sector del empleo protegido, ¿se queda siempre allí o va más allá?

E5: No, no, no...vamos a ver. No, no, no... vamos a ver. De hecho, se intenta...o sea, es como un empujón, es como un trampolín, es como un empujón, eh...Bueno, claro, además, el empleo protegido...estos talleres duran 6 meses o 9 meses. Entonces, si uno hace un taller pues luego, bueno a lo mejor, repite a los 5 años porque vuelve a recaer y está fatal. Pero vamos a ver ,si no, no...lo que se intenta es que sea, pues, como un medio para que luego esa persona ya tenga un trabajo....Pero bueno, está claro que son personas de más de 45 años, muchas de ellas mujeres, con problemas de patologías dual aunque ya están estabilizadas, con una carencia brutal de, no sé, habilidades....normales, sociorrelacionales...pues qué pasa...en el fondo, hombre, salen de ahí

reforzados, diciendo ya, pues hombre, además...cuando llegas a una entrevista y dices que has estado trabajando 6 meses pues no es lo mismo que llegar a una entrevista y decir, pues oye no tengo ninguna experiencia profesional. Entonces, efectivamente, es una buena, es un buen instrumento, es una buena vía para normalizar la vida de esas personas.

1: ¿Cómo es la normalización de esas personas con patología dual? Que son, en definitiva, los más conflictivos.

E5: Pues mira, claro, con patología dual, vamos a ver...eh...fíjate... se está consiguiendo que personas con patología dual pero que tienen estabilizados tanto el tratamiento, es decir que no consumen, como tienen estabilizada su patología dual, pueden vivir perfectamente normalizados toda la vida; o sea, que no, o sea, que no es una barrera...hombre, es un handicap, pero no es una barrera que te impida tener un trabajo adecuado.

1: Ehhh...esto...

E5: ¡Ah!, otra cosa...También es verdad, que sí que te quiero decir, que el empleo protegido tiene ahora mismo mucho sentido porque, fíjate ahora, estamos en plena crisis y qué pasa; pues que ahora hay menos ofertas laborales. Ahora hay mucha más competitividad. Ahora los usuarios compiten con perfiles muy altos, más altos: antes, cuando se pedía un jardinero había 3 personas; ahora hay 30, ¿vale? Entonces todo esto hace que sea importantísimo ese apoyo, ese apoyo constante, a esas personas porque, por sí solas, veíamos que no podían acceder a un empleo.

1: ¿Y algún aspecto negativo que, quizás, haya que pulir durante el tiempo que ha ido funcionando...?

E5: Pues no, porque ¿sabes lo bueno? Es verdad que, pues, estamos muy en contacto, siempre, con los CAD y el SOL, pues, ¿sabes qué? Si vemos que algo, sabes, no sale como queremos...De hecho, fíjate, el SAEP, el Servicio de Apoyo al Empleo Protegido, nació hace tres años porque, justamente, veíamos personas que por mucho que se formaran, que fueran a...yo que sé...a un curso de internet, a un taller de...no sé, pues no sé...pues eso, de construcción, de albañilería, de hostelería...veíamos que no. Por eso se creó, dentro del SOL, este servicio de apoyo para facilitar el acceso al empleo.

1: De acuerdo. Hablando un poco de la gente que hace uso, de los usuarios del Instituto de Adicciones y del SOL y de todos los servicios que el instituto ofrece, ¿podemos establecer un perfil socioeconómico? Es decir, ¿qué porcentaje se puede establecer? O estableciendo una visual, ¿a qué tipo de estrato social pertenece la mayoría de los usuarios?

E5: Vamos a ver, yo el número exacto no me lo sé. Eso está en la memoria y no lo sé. Pero mira, vamos a ver, yo sí que te digo que, claro, a los CAD...Bueno, vamos a ver, el problema de las drogas afecta a todas las capas sociales, eh. Pero a los CAD acuden los perfiles socioeconómicos más bajos; medios y más bajos. Porque no puede permitirse el, a lo mejor, irse a una clínica privada a, bueno, a hacer otro tratamiento. Yo, fíjate que tengo amigos, que bueno...les recomiendo que vayan a un CAD, pues, porque creo que está formado por un equipo que oferta, pues no sé como decirte, la mejor solución posible a este problema, eh...porque creo que el Instituto de Adicciones tiene, bueno, yo creo que tiene una oferta más....como más rica de, sabes, de...

1: Bueno, con más tradición...

E5: No, más rica. No, no...una cosa más rica...con más, no sé como decirte...como con más programas, sabes...con más actuaciones diferentes para eh...

1: Como más especializado, quizás...

E5: Sí, exacto. Como más especializado...Imagínate, sí, o sea, tiene más recursos, eh...muchos más recursos que otros, por ejemplo, que otras autonomías u otras ciudades de España. Entonces, ¿qué

pasa? Efectivamente, o sea, pero es verdad que a los CAD acuden los niveles socioeconómicos más bajos salvo, fíjate qué gracia... Hay un CAD, el de Hortaleza, donde hay personas, bueno pues donde que hay, no sé... directivos, hay universitarios... por ejemplo, hay un 8% del SOL, un 8% de personas con carreras universitarias. O sea, lo que te quiero decir que, vamos, es...

1: Un problema social que afecta a todas las capas.

E5: Es verdad. Es verdad que, en general, si te tuviera que dar un titular, efectivamente, a los CAD acuden personas con un nivel socioeconómico medio-bajo, más bien. Pero perdona, porque, además, tenemos también muchas personas sin hogar. Y, claro, eso... si tú acoges a personas sin hogar que están viviendo en la calle sin ningún tipo de recurso, pues claro, o sea... esa proporción de personas te desplaza...

1: ...otra población.

E5: Claro, pero por qué... porque quizás... vamos a ver, porque quizás... claro, porque quizás... las personas que van a un CAD pues son personas que, ya te digo, son personas, en general, como no tienen recursos económicos... pues bueno, pues sí, pues como sé que es bueno, pues venga, voy ahí. Luego, también, hay mujeres que, por ejemplo, con problemas de alcohol que esas no llegan o cuesta que lleguen porque esas, por ejemplo, van a su médico de cabecera, ¿sabes?, y entonces... sabes... claro... porque, bueno, otras prefieren ahí tratarlo.

1: Como X me comentó, como por ejemplo en la zona de Suecia y por ahí, muchas veces la gente acude a su médico que ya lo tiene mucho más especializado...

E5: Eso, efectivamente.

1: Bueno, me gustaría hablar de otra población conflictiva a la hora del tema este de la reinserción que es la población que tiene problemas con la ley, ¿no?: problemas judiciales y demás... y ¿cómo funcionaría el SAJIAD a la hora de trabajar con ellos y ofrecerles expectativas, soluciones...?

E5: Bueno, pues yo te cuento. SAJIAD tiene como objetivo general realizar un servicio de mediación entre las instancias judiciales y eh, es decir: entre los jueces, fiscales, forenses y abogados, las familias, los drogodependientes que cometen delitos y dar atención a las drogodependencias. O sea, es un puente de comunicación entre los CAD y el sistema judicial, ¿no? Su objetivo específico, qué es: es atender a las personas con problemas de drogas que tienen, además, problemas jurídico-penitenciarios, cuando ingresan en el calabozo... o sea, ellos bajan todos los días al calabozo y dicen: vamos a ver, quién tiene problemas de drogas... tú... tú primero, pues te voy a decir lo que vas a hacer... Entonces, le suben a un servicio; luego, informan y orientan a la población drogodependiente con problemas jurídico-penales pendientes. Por ejemplo, hay gente que te dice: ¡Ay! Ahora, justamente, que he dejado de consumir y, ahora, que tengo un trabajo... me acuerdo que me ha bajado una causa. O sea, fíjate, después de...

1: Después de 4 o 5 años...

E5: Después de 4 años... Entonces, ¿qué pasa? Esas personas, pues se les informa, se les orienta, eh,... bueno, de cómo pueden resolver esto. Luego te contaré cómo. Luego, también, asesoran a los operadores judiciales, asesoran a jueces, fiscales, forenses y abogados; así como también a los profesionales de los CAD... bueno, pues un poco para hacer un buen seguimiento y que la persona, al final, consiga... bueno... pues... saldar sus problemas con la ley.

Y mira, te cuento. Es un servicio -SAJIAD- que asesora, hace seguimiento y se coordina. Asesora porque facilita el que la persona con una drogadicción conozca su situación judicial de forma

inmediata. O sea, imagínate que llega alguien y dice: qué tengo pendiente; pues coge y se le dice lo que tiene pendiente.

Bueno, también te digo que hay actos delictivos que unidos a una droga tienen una situación especial. Por ejemplo, en el código se prevén eximentes debido a cualquier alteración psíquica como puede ser, por ejemplo, un síndrome de abstinencia o una intoxicación plena: el caso de una persona que en pleno síndrome de abstinencia atraca una gasolinera desnudo...pasa...eso ha pasado...

1: ¿Sería un atenuante porque el sujeto está fuera de sí? Es decir: no tiene razón ni control sobre su cuerpo...

E5: Eso, eso, por eso...hay dos...hay algunos...Es decir, de hecho, bueno sí...La ley prevé que en ciertas o por ciertas causas la persona, bueno por ciertas causas...pues...es un eximente. Entonces, ¿qué pasa?; entonces, ¿qué se hacía? Por eso se asesora a los jueces...se le dice: oye mira, se le dice cuál es la indicación terapéutica más indicada, medidas alternativas a la entrada en prisión, pues por ejemplo: una persona que está abstinente, que tiene trabajo...que está bien; pues oye, pues mira...está persona va a estar, imagínate, en seguimiento en el CAD; yo te garantizo con un control de orina tal, tal, tal...con unos informes que hacen los técnicos del CAD y los del SAJIAD y yo te garantizo que durante dos años o el tiempo que sea...

1: Que se acuerde...

E5: Justo....el tiempo que acuerde el juez, pues...O imagínate que esté, por ejemplo, en una comunidad terapéutica o que esté, por ejemplo, en un piso de apoyo a la inserción...Claro que ahí están como muy...no sé...

1: ¿Se firma una especie de contrato o compromiso por parte del usuario...?

E5: Sí, hay un compromiso. Hay un compromiso, sí. Hay un compromiso que, además, tanto SAJIAD, que SAJIAD recaba información de los técnicos de los CAD, tiene que informar, bueno pues eso, de forma puntual y veraz de todo lo que está pasando. Entonces, la maravilla es que, cada vez, hay jueces más sensibilizados de una experiencia que nació aquí, en Madrid, bueno, pues es muy probable que se haga luego en toda España porque ha sido...

1: ¿Está siendo bastante positiva?

E5: Bueno...Sí, sí.

1: De acuerdo. Y bueno, ¿es simplemente transmisor de información o con el tiempo ha ido cogiendo más relevancia a nivel de, pues eso, relación entre lo judicial y la población específica con problemática de drogodependencia?

E5: Bueno, vamos a ver. Ese servicio –SAJIAD– funciona a tres niveles: asesora. Asesora, a las personas y a los jueces; hace un seguimiento y coordina. Pero vamos a ver, o sea, en SAJIAD no hay ningún taller, sabes, para que sean, no sé cómo decirte...pues o para que sean más honrados, más auténticos o incluso más tal...no.

1: ¿Es un facilitador?

E5: Porque eso, porque eso se hace...o sea, o sea, vamos a ver....o sea...Media entre los CAD, en los CAD sí que hay talleres; sabes: de autoestima, de asociación...donde, sabes, o sea, de valores...pues ahí sí que trabajan todo eso...No, SAJIAD es, además, está ubicado en los juzgados de Plaza Castilla...que a lo mejor, incluso, te gustaría verlo....es bonito...

1: Bueno, está relativamente cerca de mi casa, sí...

E5: Pues vete a verlo, porque...mmm... a conocerlo, porque, además, has estado aquí...o sea...tiene su gracia....Y entonces, bueno, está formado...pues...por muchas personas...no sé si son 15 personas...además es gente que trabaja muchísimo...bueno, bueno...Mira, pues por ejemplo, te voy a dar, a lo mejor, datos que son impresionantes...por ejemplo: se ha informado en calabozos a más de 20000 detenidos, se han entrevistado casi a 5000 detenidos, se han admitido casi 1500 informes para asesorar a jueces, de forma no vinculante, sobre las circunstancias sociopersonales de las personas con una adicción y cuál es la indicación terapéutica más adecuada; han asistido a juicios en más de 1000 ocasiones y han tenido más de 6500 colaboraciones con los centros asistenciales para garantizar el seguimiento de los beneficiarios. Y para colaborar en el control de abstinencia en el consumo de drogas, las personas que están en libertad condicional...fíjate que ellos mismos, allí, hacen el control de orina.

1: Ajá.

E5: O sea, fíjate...muchos van a los CAD a hacerlo, pero muchos de ellos, el control de orina, se hace allí. Luego, este año, que es una hoja preciosa que esa no está en la memoria...esto, bueno...se ha llamado a un grupo, bueno, a penados, ¿no? Es decir, a personas que han hecho delitos contra la salud pública, personas que han traficado; o sea, personas que no son consumidores pero que han traficado para que sean conscientes del daño que...sabes...que han producido. Entonces, con ellos, pues van hasta los CAD para que vean un poco, sabes, el deterioro...

1: Sí, el efecto de sus....

E5: El efecto de sus hechos...y, bueno, es una experiencia pionera porque esto lleva nada...esto...tres meses. Hemos tenido, también, mucha aceptación y bueno...es...no sé...es muy enriquecedor ver como una persona que...bueno...mira todo lo que hacía...

1: Son nuevas iniciativas que avanzan...

E5: Sí, que avanzan...

1: Quiero tocarla, pero como estamos con este tema...

E5: Sí...

1: Ehh... ¿Hacía. Hablando de todo el tema este de la reinserción y el estigma de la figura de lo que es el drogodependiente....

E5: Física y mental, eh...

1: No, y sobre todo enfocándolo más hacia lo social...es decir: el estereotipo, la imagen, el miedo social, ¿no?, que se tiene siempre del drogodependiente...bueno...más que el drogodependiente, lo que es el yonki, ¿no?, que es esa figura siempre oscura...¿Cómo crees que está la sociedad, o sea...esa imagen, si crees que todavía está presente y visible en las personas...si crees que ha cambiado o no, por la nueva generación...Esto que siempre se dice de: los jóvenes ya sabéis lo que tenéis ahí, ¿no?...Y sobre todo, ¿cómo hay que trabajar para ir eliminando, ¿no?, desde el propio departamento de reinserción, cómo se va trabajando o se van puliendo esos aspectos negativos de la imagen...pues eso, esa imagen deteriorada que es el drogodependiente, que no deja de ser una persona con un problema específico de...de...con una sustancia?

E5: Yo te cuento, mira...vamos a ver...Por un lado, efectivamente, el heroinómano de poblado: sí que produce inseguridad, eh. O sea, porque conlleva robos, inseguridad ciudadana...Entonces, vamos a ver, heroinómano de poblado. De hecho, nosotros, tenemos un programa que se llama de mediación comunitaria que lo que va es, bueno, a los distintos barrios de Madrid para paliar los conflictos que

surgen entre los vecinos, ciudadanos y comerciantes y drogodependientes. Como te cuento: una plaza en Madrid, donde hacen kundas, ¿no?...

1: Embajadores, ¿no?

E5: Embajadores, sí; hacen kundas. Entonces, pues son coches que tal, tal, tal...van al poblado. Pues ahí, nuestro programa interviene de forma muy directa, porque claro, los vecinos estaban en pie de guerra...entonces...esa acción hace que se negocie con ellos, que también se hable con los vecinos, tal, no se qué... y se llega a unos acuerdos, acuerdos, acuerdos, acuerdos...o sea que ellos, es decir, para que la convivencia sea buena y adecuada para los dos. En cuanto a la percepción, pues yo creo que hay más receptividad social con personas que están en tratamiento, es decir que cuando vamos, cuando van a las empresas, cuando vamos a las empresas vemos que muchísimas empresas están muy abiertas, están receptivas a que las personas con/en tratamiento...bueno...pues sí que tienen derechos, sí que tienen ganas y sí que tienen, bueno, y sí que pueden ser muy válidas para la sociedad.

Entonces, ¿desde este departamento qué se hace? Pues mira, parte de lo que te digo, es este programa de mediación comunitaria. Luego, también, se hace un programa, lo que pasa es que este año no sabemos qué va a pasar, que es el de mediación penal. Cuando, imagínate, una persona...ha habido un intento de robo y le han pillado; entonces, se llama a la víctima: mira tenemos a la persona que te lo ha hecho, nos gustaría que la conocieras y se busca una solución negociable, negociada, entre los dos...pues no sé, mira: vas a lavar el coche de esta persona durante...5 semanas... y lo que ello conlleva en su autonomía, leyes que garanticen, instituciones que aplican...

1: Esta iniciativa, ¿ha sido importada o a sido elaborada desde el propio instituto?

E5: Yo creo que ha sido elaborada...

1: No, es que leyendo en artículos y demás...

E5: Sí...

1: Son experiencias que en otros países...

E5: Ya, en otros países...Pues mira, pues claro, vamos a ver...Yo, en concreto, el programa no sé si...claro, yo, en el fondo...porque claro, está programa lleva desde el año 2000, 2002...claro, entonces...lo que dices tú es contactar una asociación que lo hacía: oye mira, esto nos interesa...lo que pasa es que, desgraciadamente, ahora como hay un recorte presupuestario, no sabemos si este programa va a seguir o no...y pensamos que quizás no. Pues bueno, en el fondo...

Luego, también, ¿qué se hace? Bueno, pues mira, se hace, me imagino que también X te habrá contado, una vez al año, que es ahora, las entidades sociales, entonces formadas por ex-drogodependientes, imagínate, bueno, pues venga, vamos a formar o a hacer, un taller de...internet...o un taller de ocio o un recurso convivencial en un piso...Entonces, son entidades que, bueno, sin ánimo de lucro ofertan una serie de proyectos. Estos proyectos están subvencionados y nosotros, claro, por supuesto, nosotros potenciamos, damos mejor nota, a aquellos proyectos que tienen que ver con la reinserción. ¿Qué pasa? Que de esta forma, también, la sociedad va cambiando los prejuicios porque, claro, en el fondo, resulta que, al final, estás viendo que a lo mejor, primero: que desde ahí, que desde personas muy normalizadas que son las que hacen los proyectos; hasta, a lo mejor, el hermano de...hermanos de personas con problemas de droga o, incluso, algunos que ya están fenomenal....que hacen, no sé yo, un piso que se llama Z acoge a personas que...bueno...con sida, ya mayores. Entonces, les da un alojamiento a cambio de que ellos organicen un rastrillo en donde venden, restauran muebles...entonces, entonces...es una forma de...de bueno, de poquito a

poco se va cambiando, sabes, el estereotipo de que...el drogodependiente es vago, maleante y peligroso.

1: Y bueno, has comentado, pues eso, la figura de los ex-usuarios de los servicios y demás que tras su reinserción, por decirlo así, o su ruptura, por decirlo así, con su mundo anterior, de la droga...¿Qué relación tienen con el IA, con el Instituto de Adicciones? Es decir...

E5: Bueno, vamos a ver. Cuando una persona acaba su proceso, pensamos que está ya preparado. Se le da de alta. Porque claro, no tiene sentido estar ahí eternamente. O sea, es decir, eh...Entonces, una vez que la persona acaba el proceso, de forma satisfactoria, con objetivos cumplidos, que es lo que decimos...pues entonces, se la da de alta. Esta persona no vuelve a ir al CAD salvo que tenga un problema. Y ya sabe, esa persona sabe, que si tiene un problema, alguna dificultad, pues puede pedir cita y se le ve. Pero lo intentamos también es que él/ella entre por las redes normalizadas, sabes, entonces bueno, acuda a otro tipo de...de asociaciones o de....

1: Es decir, lo que me interesa, sobre todo en esta pregunta, es saber si el ex-usuario, por decirlo, cambia su papel y se convierte en un agente activo por [para] la eliminación del estigma...

E5: Muchísimas veces, sí. Muchísimas veces, sí. Muchísimas veces, muchísimas veces...

1: ...es lo que me interesa.

E5: O sea, por ejemplo, ya te digo hay...ex...ex-usu...ex-personas con problemas de adicción que han creado, pues, entidades muy buenas, eh, donde han favorecido, bueno pues, la rehabilitación y reinserción de...Muchísimas personas se recuperan...o sea...te quiero decir...pues problemas de alcohol, muchísimas...hay muchísimas personas que pues sí, porque yo tengo....porque claro, efectivamente, la adicción, también es verdad, que hay que tenerla siempre presente. O sea, quiero decir, o sea...un alcohólico sabe que no puede volver a beber, eh...un heroinómano sabe que no se puede volver a pincharse; o sea, te quiero decir, entonces bueno, sí, sí...pero muchísima gente se reinserta. Muchísima, muchísima, muchísima, muchísima gente, ¿sabes? Tiene problemas y que a lo mejor se tira 5 años y..."fíjate-me-he-casado-y-tengo-2-hijos-y-tengo-un-trabajo"... no sé...No, no, eso mucha gente. También es verdad que, en cambio, se mantiene gente porque como está con tratamiento con metadona, mucha gente no puede dejar de venir. Pero, también es verdad que, ahora, pues hay algunas personas que como también esa heroína...esa metadona...se administra en farmacias, pues, a lo mejor, van una vez al mes a hacer un seguimiento muy puntual y ya está. Pero vamos, lo que se intenta, a toda costa, es que la persona normalice su vida, eh.

1: Una cuestión que me ha parecido interesante: el sujeto reinsertado es aquel que no vuelve a consumir nada de esa sustancia con la que ha tenido ese problema. Es decir, no es aquel individuo que, a lo mejor, es consciente de su auténtica problemática y, a lo mejor, en cierto momento puede decir: bueno, puedo tomarlo...

E5: Bueno, vamos a ver, mira...

1: ... ¿Supone una ruptura total con ese problema?

E5: ... breve silencio...Vamos a ver, yo tan radical, tan radical, no sería. Vamos a ver, eh, vamos a ver...je.

1: No, bueno. Es para conocer los márgenes, en los que nos podemos mover y...

E5: Hombre, la persona, vamos a ver...la persona, esto, insertada...es una persona que...Vamos a ver, voy a decir aquí lo que nosotros pensamos. Es que el logro de la abstinencia o...la abstinencia, sí, ehh...a nivel familiar: porque consigue, mantiene unas relaciones familiares adecuadas; a nivel sociorrelacional: consigue, mantiene unas relaciones sociales saludables; que logre una estabilidad

psíquica, sabes...que tiene un ocio adecuado...mmm...por ejemplo, que controla y reduce los riesgos y los daños asociados o producidos por el consumo de drogas, ¿no? que consigue hábitos saludables, vamos a ver...una persona insertada es una persona que tiene una vida normalizada y ya está. Quédate con eso, quédate con eso. Si, otra vez, recae, volverá a venir a los CAD, habrá un reingreso porque, efectivamente, está enfermedad es recidivante, es decir, que tiene muchas recaídas, o sea que es una espiral, hasta que al final sales...

1: Por eso te decía, por eso me preguntaba: normalizada con la droga o normalizada sin la droga. Por eso, es por qué es un proceso demasiado, por decirlo así, un camino de... como un vía crucis, un poquito calvario en el sentido estoy siempre dentro, estoy siempre fuera...

E5: Claro, hombre vamos a ver, o sea...hay personas...vamos a ver, también es clave matizar lo que es uso, abuso o dependencia, ¿sabes? O sea, yo puedo usar...un cantante, puede usar, pues a lo mejor, un tripi, no sé, me estoy inventando...o cocaína, pues una vez al mes...

1: Sustancia X, X número de veces.

E5: Sí, imagínate...en un concierto, pero esa vez y punto. O una persona, pues puede fumar cannabis cuando...

1: Un escritor, por ejemplo.

E5: Sí, un escrito, por ejemplo, cuando escribe. Pero vamos a ver, hablamos de dependencia cuando ya la libertad de la persona está mermada. Cuando ya necesita eso para estar bien, eh. Entonces, bueno, entonces claro, habrá casos...Claro, de hecho, hay personas, que usan y abusan de sustancias, que no vienen al CAD. A los CAD vienen, sobre todo, personas que tienen dependencia. Bueno, ellos dicen...mira no puedo salir de aquí, por eso...eh.

1: Es justo, entonces, cuando ya ha dado el salto, o sea, ha cruzado la barrera, por decirlo así, el límite imaginario en el que establecemos, en el cual, ya el sujeto es...unidimensional, por decirlo así: la droga le ha absorbido....

E5: la droga es el eje de su vida. Sí, efectivamente.

1: De acuerdo, de acuerdo.

E5: Sí, sí, sí.

1: Y bueno...mmm...hablando un poquito de todo esto de la reinserción, la relación con la sustancia y demás... ¿cómo es el Plan de Seguimiento tras el alta? Es decir...o...se está desarrollando...

E5: No, mira, vamos a ver, no...mira, vamos a ver, te voy a contar...cuando una persona se va, se va. ¿Vale?

1: Ajá.

E5: Se va y ya está. Efectivamente, nosotros, desde el departamento de reinserción, estamos haciendo una investigación, ¿sabes?, sobre el seguimiento post alta.

[Entra una persona en el despacho para hablar con E5 y recordarla que hay una reunión]

E5: El seguimiento post alta, te diré que es, bueno, es una investigación que está en marcha...que vamos a ver, que lo que tiene...el objetivo es conocer la situación de la persona cuando sale del CAD y a los 6 meses, eh. Se ha tenido, vamos a ver, una constancia en los logros.

1: Con los objetivos que se han establecido...

E5: Sí, en logros. ¿En logros respecto a qué? En logros respecto a variables como el empleo, consumo, la red de apoyo social, el núcleo convivencial y el ocio, ¿no? Porque vamos a ver, queremos ver si una persona lo mantiene. Pero vamos a ver, esto está en fase de investigación, o sea, la persona al salir del CAD rellena un cuestionario, rellena otra vez a los 6 meses pero ahí, ya, no se da ningún resultado. O sea, es decir, o sea, es un poco para ver qué está pasando, eh...que eso luego, después, se hará con los ejes. Vamos a ver, es un poco....se adelanta un poquito, sabes....Quizás el seguimiento post alta se ha adelantado un poco, pero cuando se hagan los ejes y cuando venga, imagínate, una persona, si quiere, a los 6 meses si que se podrá ver como...como...como...qué ha mantenido, que ha variado, qué ha conseguido...

1: Sobre todo, esto del seguimiento tras el alta y demás,

E5: Sí, post alta. Seguimiento post alta, sí.

1: Es sobre todo pues lo que hemos dicho, hablar del estigma...de esa imagen negativa que se tiene... ¿no crees que puede ser una herramienta interesante para ir, pues eso, creando un debate social?, ¿no?...

E5: Ya...

1: Creando....

E5: Vale, vamos a ver. Tú me hablas mucho de estigma...Vamos a ver, el estigma. El estigma es físico y es mental.

1: Ajá.

E5: El estigma es físico pues eh, bueno...desde el departamento se hace, eh, un arreglo bucodental: se cambia la boca y eso es importantísimo. Y luego, también, bueno, pues se hacen eh, eh...se trabaja...

1: No simplemente con los heroinómanos, sino que también se trabaja sobre otros aspectos físicos de otras adicciones. No sé si...

E5: Sí, sí, sí. Pero bueno, claro, es que claro los que quizás pierdan más sean... sabes. O quizás sean los que más piezas dentales deterioradas sean los que, generalmente, los heroinómanos... Aunque vamos a ver, en los CAD hay policonsumos. Es decir, o sea, es decir: la gente bebe, coca, heroína, tal...

1: Cannabis...

E5: Cannabis es otra. O sea, sí. No hay, o sea, hay mucho policonsumo, ¿vale? Es lo que quiero decir.

Y luego, el estigma, por ejemplo, mental....pues... se intenta porque claro, imagínate el alcohólico, a lo mejor, pues tuvo, hablas con él, fuera....como tiene el hígado afectado...pues tiene una cara malísima, a veces, sabes, le cuesta, eh, articular ideas...

1: las arterias, estas, venosas de la nariz...

E5: Claro. Entonces, ¿qué pasa? Pero bueno, eso, claro, poco a poco, sabes lo que te quiero decir, cuando esa persona mantiene esa abstinencia, cuando empieza a acudir a grupos, bueno...pues todo eso...se empieza ya, bueno, o sea...lo que yo, claro... es, es, es...ese estigma que tú me hablas pues yo, a lo mejor, claro....Yo desde aquí no lo veo tanto; desde donde estoy yo.

1: No es tanto eso...es el estigma desde el sentido del prejuicio, ¿no? Es decir...

E5: Ahh...el prejuicio, por supuesto.

1: ...cuando ves a la gente, es decir: en la sociedad, actualmente, hay un rechazo social hacia lo que es el drogadicto. No simplemente....

E5: No, eso es verdad.

1: Quizás sea un poquito heredado del miedo social que había a la heroína, desplazado...

E5: Hay un rechazo, ya te digo.

1: ...

E5: Desde luego que hay un rechazo. Pero también es verdad que si yo te digo que hay empresas, sabes, que están abiertas a que nuestros usuarios trabajen, pues algo está cambiando. ¿Sabes lo que te digo, eh?

1: Sí. Por ejemplo: muchas veces, leyendo la memoria y demás, se habla de la confidencialidad y la política de silencio, por decirlo así...

E5: No. La política de silencio, ¿sabes a qué se refiere? A que tú, por ejemplo, no puedes dar, por ejemplo ni sus nombres ni sus apellidos, ¿sabes? Pero nada más.

1: Muchas veces, por ejemplo, es ejemplificante, ¿no?, gente importante de la sociedad... Leí el otro día un artículo en El País que había un...un famoso editor de libros de una compañía americana que había reconocido que había tenido problemas con el crack...

E5: Sí, sí... es preciosa.

1: Pues eso te quiero decir... Muchas veces hay gente importante o gente normal pero que tú ves cotidianamente, yo que sé, en tu día a día....

E5: Bueno, mira, yo te cuento. Yo, desde luego, yo hice, por ejemplo, un máster en la Fundación de la Ayuda a la Drogadicción, en la FAD. Y la FAD la creó esto... Manuel de Prado y Colón de Carvajal porque tuvo, no sé si tuvo un hijo de un íntimo amigo suyo, allegado a la familia, un problema gordísimo de drogas y dijo: mira, esto no puede ser, sabes... Lo que te quiero decir: Efectivamente, afortunadamente...La sociedad, sabes... porque claro: ¿quién no tiene un primo, un hermano...o sea...a veces, un primo, un hermano...?

1: Alguien...

E5: O sea alguien...pues oye, ¿qué pasa?...Estamos todos...O sea, no es un tema tan, tan lejano, eh, ¿sabes? Pues, entonces, efectivamente hay...errrr...la sociedad está cambiando.

También es verdad, yo, también te digo que es verdad que cuando en su programa de mediación comunitaria, imagínate: de repente en un parque ve, imagínate, a 12 personas con pintas raras, bebiendo y que dejan los vasos sucios, aunque no hagan nada porque no se meten con nadie...pues la gente tiene un poco de precaución, ¿sabes? Pero bueno, desde luego, de hecho...y ya acabamos....ciertas....como hace 4 años....estooo...se montó un hotel cerca de Tetuán y el director del hotel fue inmediatamente...bueno, a la policía porque en un parque cercano había pues un grupo de personas que eran bulliciosa y alegre pero que fumaba, que bebía y que bueno...estaban ahí...

1: Y que podían perjudicar....

E5: ...ehhh...la imagen. Y bueno, ¿qué pasó? Claro, entonces, estuvieron con el CAD de Tetuán que estaba ahí cerca, vino también, claro, el servicio del departamento [refiriéndose al suyo] y bueno, se llegó a un acuerdo: primero, para que los...bueno, no sé cómo se dijo: ¿os importaría irnos de esta plaza a otra plaza?; y luego también se dijo...ehhh...que era clave que cuidasen el entorno que es de

todos. Pero luego, también se dijo al director del hotel que por favor que fuera también a dialogar...que, que...que no tuviera ese miedo...horrible...ese, ese...que fueran a dialogar con ellos....que ellos también podían llegar a acuerdos... O sea, que te quiero decir...ehhh...que es más la imagen que tenemos de que con ellos no podemos hacer nada, pero a lo mejor hablas con ellos y a lo mejor son muy razonables.

1: Por eso te digo: ¿crees que es necesario introducir en la sociedad gente, por ejemplo: ex-usuarios, gente que....familiares...

E5: Ya lo hay, ya lo hay...

1: Sí, pero te digo...

E5: Yo sí, yo sí.

1: ¿Crees que se debe potenciar mucho más?

E5: Yo sí, y mira, de hecho te cuento hay gente... una cosa preciosa: con familias, por ejemplo. Con familias: muchas veces, las familias que han pasado por los CAD, pues ellos son agentes de cambio, ¿sabes? Porque ellos luego, sabes, son los que, bueno, movilizan... oye fíjate...fíjate que hay que hacer esto. Incluso, pues, aconsejan, tranquilizan a otras familias, ¿sabes lo que te quiero decir?

Sí, o sea, creo que es muy importante.

1: Bueno, ya terminando: ¿el propio IA es consciente de eso e intenta o está intentando realizar como crear un cuerpo...o...que intente integrar esas familias para luego potenciar cara a...la sociedad?

E5: No, vamos a ver. Vamos a ver, vamos a ver. El IA lo que quiere es normalizar, ¿vale? Como lo que quiere es normalizar, ¿sabes cuál es la gracia? Al revés: potenciar coordinaciones con otras asociaciones, desde privadas hasta públicas, eh, para que se vaya...lo que te quiero decir...o sea: no...desde aquí, o sea, esto no es una ONG que potencia, ¿me entiendes? O sea, eso, eso, eso...tiene otros lugares. Desde aquí...aquí lo que se hace es prevenir, tratar e insertar, ¿vale?

1: Ajá, eso es suficiente.

E5: Sí...o sea...claro...Ahora que si de forma paralela, efectivamente, ya te digo...pues se crean redes o foros...pues...pues por ejemplo...haríamos....aquí por ejemplo vamos al Foro sin Hogar...es decir, un sitio donde....pues, pues por supuesto.....se va y se potencia, pero ¿sabes lo que te digo? Se potencia, se potencia y se cuida....pero desde aquí no se crea, ¿me entiendes? O sea... o sea...

1: Sí, se establecen redes, ¿no?...

E5: La misión que tiene este instituto no.....es...es eso: es prevenir; es atender integralmente a las personas con problemas de adicción, eh.

1: Bueno, para finalizar si quieres añadir alguna cuestión, cosas sobre el departamento de reinserción, del propio instituto o alguna cuestión...pues bueno: tienes, aquí, tu espacio por si quieres decir alguna cosita.

E5: No, mira....No sé, como ya vamos justos de tiempo, ¿sabes? Yo creo que ya...creo que ya...es más: si quieres una aclaración o algo más, estoy a tu disposición para lo que quieras. Es decir...imagínate que algo no se ha grabado bien o lo que sea...oye, pues me llamas por teléfono y, bueno, lo que quieras, cuando quieras. Porque además, mira...yo...me hace muchísima ilusión, ahora, estar contigo

porque yo también, fíjate que gracia, quiero hacer esto...quiero hacer la tesis, ¿sabes? Yo también voy a pasar, como tú, por esto, eh.

1: Bueno, pues agradecer tu disponibilidad. Aquí queda grabada.

E5: Bueno, pues ya lo sabes, eh. En serio.

1: Vale. ¡Gracias!

PREVENCIÓN E6:

1: Bueno, estoy realizando la tesis sobre desviación social y bueno, para más concretamente, bajarlo y poder trabajar lo que es el proyecto de investigación he decidido centrarme en la visión institucional acerca del problema de la drogadicción. Porque, bueno, esto está encuadrado dentro de un proyecto más amplio, de la tesis, que consistiría en intentar desarrollar un proceso participativo en el cual, bueno, se integren todas las miradas, todas las visiones e intentar aportar una visión sociocomunitaria, por decirlo así... un espacio de reflexión para tratar el tema de las drogodependencias, ¿vale?

E6: Sí. Muy bien.

1: Bueno, como ya te comenté, me llamo Jorge...

E6: Sí...

1: ...temas como el de la confidencialidad y todo al respecto la información que me ofrezcas, bueno, está garantizado...

E6: Supongo que la entrevista es como un material de, como un dato de la tesis de la visión institucional y entonces, ¿figura que lo digo yo?

1: No. Sería como experto universitario o profesor universitario...es una tontería...

E6: Ah vale, muy bien.

1: Ya te digo...leyendo la Memoria del IA, bueno me la facilitaron ellos y demás, te comenté que vi información acerca de "Prevenir en Madrid" en los diferentes campos o departamentos en los que se engloba toda la actuación...

E6: Perdona que te interrumpa pero hace muchísimo calor, ¿verdad?

1: Sí...

E6: Vamos a poner el aire, ¿te parece bien? Es sorprendente que haya que ponerlo, pero es que si no... Sigue, sigue...

1: Vale. Bueno, pues eso, leyendo y demás ehh...bueno... viendo que ellos están desarrollando unos planes de intervención y de prevención que llevan ya...tiempo, eh bueno, pues la idea de acercarme a ti era, pues eso, para ver, aparte de todos los programas que estás realizando, qué opinión te merece como experta, por decirlo así, en este campo, en este ámbito.

Si quieres, había trabajado unas preguntas...

E6: Sí...

1: Bueno, no tanto, a lo mejor, centrándonos desde la prevención; sí como unos aspectos que puedan tener relación con mi...bueno con aquello que está relacionado con la prevención pero que me interesa más a mí. Yo, por ejemplo: ¿cuáles son los factores, básicos y centrales que serían los que definiesen lo que es la “vulnerabilidad”?

E6: ¿Vulnerabilidad?...

1: Sí.

E6: ... ¿para las drogodependencias?

1: Sí.

E6: Vale.

Bueno, el modelo que hemos adoptado es un modelo evolutivo-ecológico que define las condiciones de vulnerabilidad como el resultado de condiciones de riesgo, que incrementan la vulnerabilidad, y de condiciones de protección, que podrían amortiguar el impacto de las condiciones de riesgo. O disminuir, en general, la vulnerabilidad. El modelo que adoptamos además... bueno y en función de cómo va el individuo desarrollando una serie de tareas evolutivas básicas. Una buena solución de estas tareas permitiría, representaría una condición protectora. Una mala solución de las tareas, una mala condición de riesgo. Ambas serían generalizadas. Es decir: protegerían contra distintos tipos de riesgo psicosocial. Incluidas las drogodependencias, ¿no? No hay tanto condiciones específicas como sí condiciones generales que surgen de un... de la calidad del desarrollo. Estas cuatro grandes tareas...nos hemos centrado, sobre todo, en riesgo con adolescentes y jóvenes.

1: Un grupo de los más vulnerables.

E6: Sí. Es una etapa decisiva en el...en estos... en el consumo de drogodependencias y en el riesgo de adicciones. En las cuatro principales tareas vitales básicas que contemplamos son: (1) la capacidad para establecer vínculos seguros de calidad en entornos constructivos...que tiene un impacto muy grande en la infancia. (2) La capacidad para la... la motivación de eficacia; (3) la capacidad para ser productivo, en la infancia sería para estudiar, en la edad adulta sería para trabajar en continuidad entre las dos y llevarse bien con figuras de autoridad. Gestionar bien el éxito y el fracaso. (4) La capacidad para tener amigos y soportar las presiones destructivas del grupo de amigos porque si hay seguridad ahí se pueden afrontar mejor las presiones y si hay mucha inseguridad, mucha necesidad, mucha dependencia... capacidad del individuo para resistir presiones va a ser nula. O la tendencia muy baja. O la tendencia a integrarse en grupos destructivos va a ser mayor porque no tiene capacidad para integrarse en grupos pro-sociales, en grupos constructivos. Y, por último, como todo esto influye en (4=) la construcción de una identidad positiva. Éstas serían como las condiciones de riesgo y de protección desde una perspectiva evolutiva en el individuo.

Pero, luego, también contemplamos la interacción con el ambiente en todo momento. Y, entonces, el ambiente lo definimos desde una perspectiva ecológica, en (4) distintos niveles. (1) Los microsistemas, donde el individuo interactúa, cuanto más calidad en esa interacción, menos riesgo. (2) En la conexión entre microsistemas: la conexión entre la familia, la escuela, el grupo de amigos, en el ocio... sería un segundo nivel. (3) El tercer nivel sería la interacción con unas influencias específicas de riesgo, como las nuevas tecnologías o los contextos donde se venden drogas. Y un (4) cuarto nivel, sería, donde habría también condiciones de riesgo, el conjunto del sistema social, ¿no? Porque la sociedad, pues, tiene una... interacción muy ambivalente con las drogas. Por un lado las condena pero por otro lado ehh...o sea, manda mensajes muy contradictorios, ¿no? Y el conjunto del sistema social, la orientación al riesgo, la centración en el presente, la dificultad de la generación joven para visualizar el futuro y asumir poder de una manera constructiva y la responsabilidad... ocupar el ocio, pues, hay muchas condiciones de riesgo. En el macrosistema, en sus conjuntos... o

sea: que lo entendemos así. Y, de aquí, se deriva la necesidad, entonces, de una intervención eh... del siglo XXI. Mucho más ambiciosa, donde haya un trabajo en red que permita conectar una intervención múltiple, coherente, con el modelo que acabo de explicar.

1: Viendo lo que dices, bueno: existe el riesgo, ¿no?

E6: Sí.

1: Pero ese riesgo: ¿es una causa o un efecto del desarrollo en la sociedad de consumo? Viéndolo así, ¿qué podemos hacer cuando tenemos, lo que has dicho, un modelo de vida que promociona...que lanza ciertos mensajes pero a la vez promociona otros generando una cierta ambivalencia? Es decir, ¿dónde descansa, al final, la propia responsabilidad: en el individuo, en la sociedad o en la suma del individuo y la sociedad que son los que construyen el espacio que vivimos? Es decir...

E6: Claro, coherentemente con lo que acabo de decir, o sea ya del modelo teórico que explica el riesgo se deriva un modelo de intervención. Que no infravalore el peso que tienen las, las condiciones individuales; entendiéndolas en una perspectiva evolutiva. O sea, el riesgo que tiene un individuo hay que, hay que...o la vulnerabilidad o la fortaleza que tiene un individuo hay que verla en un enfoque histórico; lo que ha sido su vida. Y, además, entenderla... entender el impacto de cada programa hay que verlo y medirlo, sería lo ideal pero es muy difícil, a largo plazo. O sea hay que mirar desde el enfoque histórico y pensando en el largo plazo con respecto a las consecuencias de lo que tratamos de favorecer, ¿no? Y no infravalorar el peso que tiene el individuo, su responsabilidad, su capacidad de cambiar, su dificultad para cambiar...todo. Pero hay que ver también, siempre, en interacción con la sociedad en todos esos niveles, ¿no? O sea, la escuela puede conseguir muchas cosas pero no todo. La familia tiene influencia pero no sólo. La relación entre ambas es importantísima. La conexión con los contextos de ocio. Y luego entender, también, que la Cultura con mayúsculas tiene muchísimo peso. Porque es verdad lo que has dicho, es decir: la Cultura, los mensajes que manda son tremendamente ambivalentes y las oportunidades que proporciona son tremendamente contradictorias. Por un lado, también es verdad que la sociedad apuesta hacer prevención con los jóvenes pero por otro lado manda unos mensajes totalmente contradictorios, ¿no? Y en esta contradicción y en la propia naturaleza de la adicción, reside la especial dificultad que tiene prevenir en este campo.

1: Quizás...

E6: Por ejemplo: es mucho más difícil prevenir en este campo que en violencia. Y es más difícil prevenir y es más difícil medir la eficacia de la prevención.

1: ¿Quizás puede ser por la ambigüedad que puede tener lo que es no tanto la droga, que tiene ciertos matices, sino como las formas de consumo a las que se asocian a esa droga en una época? Es decir, hay que estudiar la relación que tiene el individuo con una sustancia, o con la sociedad y sus grupos de iguales y demás, pero lo que realmente muchas veces veo es un vacío de...las formas o los patrones de consumo que hay realmente, que están asociados a una definición de lo que es un hecho...

E6: Y que cumplen una función.

1: Ajá.

E6: Es decir, el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes cumple una función. Psicológica y social. Que es, pues bueno, definir el ocio de una determinada manera que compense los vacíos que ha dejado la semana, fundirse en un grupo de iguales, satisfacer esa necesidad de integración, de fusión con su grupo de iguales que se producen en ese contexto en el que se van de marcha ehh...Y esos contextos donde ocupan un espacio y una hora y ejercen y tienen una sensación de poder de

ocupación del territorio porque es por la noche. Es en un momento donde esos espacios están libres y son sus espacios, ¿no? Entonces esa función, o sea, si queremos prevenir el consumo de drogas que, ahora, adopta esa modalidad y que cumple estas funciones, especialmente en jóvenes y adolescentes, en el paso de la adolescencia y primeros años de la juventud, tendríamos que garantizar esas funciones de otra manera.

1: Ajá.

E6: Y de hecho, el éxito que tienen los programas, pues... el clásico ya deeh... cómo era... en Gijón, un programa emblemático que había.... "Abierto hasta el amanecer", ¿no?...

1: No se te decir...

E6: Bueno...

1: ¿Al estilo de "La noche + joven" o "La tarde + joven"?

E6: Sí, ehh...mmm... esos programas cuando, efectivamente, proporcionan un lugar donde se cumple esa función de fusión con el grupo de iguales, de ocupación de un lugar propio que es suficientemente atractivo para los jóvenes...pues muchas evaluaciones, se ha comprobado que no es necesario consumir drogas para que esa función exista y puedan ser eficaces. Proporcionarles esos contextos de ocio alternativo siempre que, simbólicamente, pueda cumplir la misma función, ¿no? Lo que sucede es que muy caro y mantenerlo en el tiempo de tal manera que eso pueda llegar a la población adolescente supone unas infraestructuras y una apuesta política que exige una inversión tan grande que no se ha podido....como mucho caso...mantener con esa permanencia. Es decir, de poco sirve que eso sea dos veces al año. De poco sirve que eso llegue a un diez por ciento de los jóvenes, bueno sirve para ello y sirven esos dos meses...

1: Sí, sí...pero si...

E6: ...pero no sirve. Y entonces...

Y luego, por otra parte, esos recursos que son muy importantes, muy costosos también, a veces suponen cambiar la organización de las ciudades ehh...deberían ir acompañados con la intervención en los otros niveles. Pero eso es muy importante y la mayoría de las veces se ha comprobado eficacia.

1: Hum.

Bueno, en relación con esto de los problemas o como ciertas soluciones deberían reformular la forma de ver las ciudades o...

E6: Sí.

1: ...o de entender la vida...ehh...bueno, he visto que se ha aplicado cierta metodología participativa en estos procesos...

E6: Sí.

1: ...y bueno, mi duda es...estoy estudiando, también, el magíster este de participación...

E6: Ah, vale.

1: ... ¿qué ventaja os ha ofrecido? O sea, ¿qué luz ha arrojado en su implantación como modelo o como proceso... ¿qué podría ofrecernos? Es decir... ¿qué se ha ofrecido o qué se ha recogido o se podría recoger con esta metodología?

E6: Sí. O sea, mi equipo empieza hace 30 años a trabajar en el desarrollo de adolescentes y en la prevención. Especialmente trabajábamos en prevención de violencia y exclusión y en la promoción de los derechos humanos. Entonces, trabajando en ese campo, desde el primer momento, encuentras que para que los programas sean eficaces se tiene que implicar al individuo de una forma muy participativa. Que el sermón de los adultos, o la lección de los adultos como podríamos llamarle... ehh... en cuanto empiezan a entrar en la adolescencia...resbala. No...no...no genera un cambio a largo plazo. No genera un cambio profunda y no sirve para contrarrestar....

[Suena el teléfono de la entrevistada]

E6: ...ehh... era...

1: Ehh...

E6: Ah, lo de la participación.

1: Sí, la Participación. Viniendo desde abajo...

E6: Viniendo desde ese campo se ve que la única manera de, o sea: la educación en valores porque en este tema de las drogodependencias es muy importante, aparte de cambiar conductas, es muy importante el insertarlo en un contexto de educación en valores. Porque, al final, la decisión que se toma sobre si se consume o no una droga se produce en función a qué valores le das más importancia, ¿no?, de de una jerarquía de valores. Entonces, los programas deben ayudar a que, en esa jerarquía de valores, se dé más importancia a la calidad de la vida a largo plazo. Se dé más importancia a la no violencia porque un consumo abusivo de drogas es violencia contra uno mismo. Se dé más importancia a la libertad frente a la adicción...

1: Ajá.

E6: ...o la diversión puntual en un momento determinado. O hacer, en un momento determinado, lo que te pide el cuerpo. Pues que se dé más importancia a esos otros valores, ¿no? Que, además, son valores con lo que, efectivamente, la juventud se identifica. La libertad suele ser uno de los valores más fuertes en esa etapa. Y no hay nada más opuesto a la libertad que una adicción. Entonces, si ayudas a que esto se entienda y a que los valores se coloquen, efectivamente, dentro de una jerarquía que tú mismo, que tú misma has decidido... no es difícil, ¿no? Entonces, la manera de hacer esto es, tiene que ser implicar al individuo de una forma muy fuerte. Y, Además, como la necesidad de sentir que pertenecen a un grupo es tan fuerte en los primeros años de adolescencia, es muy importante cambiar la cultura adolescente. O sea que no sea imposición de cultura adulta o identificación con la cultura adulta, ahí lo tenemos perdido en esa etapa; sino cambio y adopción, mucho más crítica y activa de cuál es la cultura adolescente. Por lo tanto, es dentro de la cultura adolescente. Iniciar como un proceso de toma de conciencia crítica, eh, que los propios y las propias adolescentes decidan cuáles son sus valores. De una manera, se rebelen, eh, contra las presiones de la sociedad de consumo que es la les aliena y les va a privar del futuro que realmente quieren. Utilizándolos como carne de cañón, ¿no? ehh...de la rentabilidad económica de determinados grupos o de determinados productos o de determinadas redes de narcotráfico. Entonces esto se hace no dando respuestas, sí preguntas. Para que ellos y ellas se encuentren sus propias respuestas en grupos de compañeros para que ellos planteen las soluciones a un problema que hay que ayudarles a que se planteen como problema, ¿no? Entonces, necesariamente, tienen que ser métodos participativos.

Veníamos trabajando con estos métodos cuando, en el 2000, el Ayuntamiento de Madrid nos pide colaboración para diseñar un programa para Madrid con sus propias señas de identidad y, entonces, investigamos a fondo el tema de las drogodependencias. Y una de las primeras claves que encontramos son los estudios de Toddler, varios metanálisis que ha hecho, son los más importantes en este campo sobre las claves para que un programa de prevención con adolescentes en la escuela

sea eficaz; y la clave que encuentra es en que se base en métodos muy participativos de interacción con compañeros. Hasta el punto que él concluye, con una gran claridad, que las charlas de expertos no sirven, él dice, para nada. Él se plantea, incluso, que por qué se sigue invirtiendo dinero en la charla de expertos. Hombre, desde una perspectiva más equilibrada, la charla del experto puede ser el punto de partida. Porque es el método, por excelencia, que la escuela utiliza para todo. Y si la charla del experto sensibiliza a la escuela, a los propios adolescentes para empezar a trabajar pues, efectivamente, si sirve como el inicio de otra cosa que tiene que ser más profunda, participativa, para cambiar la cultura adolescente. Esto está clarísimo en el tema de las drogas porque dice, de forma clarísima, que empiezan a consumir droga, incluido tabaco y alcohol, porque sus compañeros también lo hacen. Incluso sobreestimando el consumo que hay en los compañeros. O sea, no sólo es una presión directa, es fundamentalmente una presión imaginaria.

1: Sí. Como un refuerzo o como para un...

E6: Piensan que todos la consumen y que para integrarse en el grupo y ser como todos, las tienen que consumir. Y cuando les pedimos cuántos consumen, dan una cifra muy superior a la del consumo real, ¿no? Entonces hay que quitar esa presión, esa presión imaginaria, y hay que conseguir que escuchen de sus compañeros que es un disparate abusar de las drogas. Y que escuchen, del grupo de compañeros, eh, que hay otras formas de divertirse, que las drogas pueden ser una trampa, que puedes asumir otros riesgos, que te puedes hacer mayor de otra manera... Esto no es exclusivo de las drogas. En violencia de género es igual. En violencia de género mucho más convincente que la opinión de la profesora, es la opinión de las compañeras y de los compañeros...

1: Sí, del grupo de iguales.

E6: ...donde...sí... Es cambiar la cultura adolescente lo que hay que hacer. Por eso el programa "Prevenir en Madrid" trabaja... primero ayuda a tomar conciencia de los mitos y de los errores. Después les coloca en situaciones que como expertos tienen que valorar mensajes para que se vayan poniendo en el punto de vista del experto, se vayan identificando con sus objetivos y, después, que trabajando en aprendizaje cooperativo con compañeros, en debates con compañeros... ellos propongan sus propias soluciones. Y una de las actividades más significativas es cuando vienen aquí, a la facultad de Psicología, ocupan el escenario, el salón de actos, y presentan, como si fueran...boh...en una "jornada adolescente"...se convierten en ponentes que presentan sus propuestas y los universitarios, los profesores y los del ayuntamiento escuchamos lo que los adolescentes tienen que decir sobre cómo mejorar el ocio de los adolescentes de Madrid y prevenir drogodependencias.

Es mucho mejor que propongan ellos lo que hay que hacer y ayudarles a encontrarlo que proponerles nosotros o imponer, nosotros, lo que hay que hacer. O sea que la metodología participativa es esencial en la eficacia de estos programas.

1: De acuerdo.

Bueno, viendo que la prevención se maneja en tres niveles: el educativo, el familiar y...cuál era...el de ¿ocio? ...¿comunitario?...

E6: No. más niveles.

1: Bueno...

E6: La prevención se tiene que insertar en los escenarios que se serían estos, en la conexión entre escenarios. Entonces, por ejemplo, el hecho de que la Universidad... Es el hecho de formar una red de los distintos escenarios que interactúan y se comunican, que es algo muy novedoso porque venimos de una cultura de la prevención, en todo el mundo, individualista; donde cada uno trabaja

desde su cubículo. No, no. Los escenarios concretos...es decir: la Universidad tiene que estar conectada con los centros, ambos contextos tienen que estar conectados con quien tiene la responsabilidad a nivel local, la personalidad municipal de la prevención... Y, a su vez, estos distintos niveles tendrían que estar mejor conectados con medios de comunicación... Es decir: la conexión entre escenarios es fundamental.

1: Sí, sí. Una red.

E6: Pero luego tenemos que trabajar también contrarrestando influencias que llegan desde los medios de comunicación, desde las nuevas tecnologías...Y, a su vez, conectados con el cambio de cultura, ¿no?

O sea, sería a cuatro niveles.

1: Vale. Bueno, pues teniendo en cuenta estos tres niveles más el extra que es la relación y como se cruzan entre sí...

E6: Sí.

1: ...y como se cruzan entre sí, eh, bueno, eh...dos preguntas: la primera sería que, bueno, viendo como lo familiar y lo comunitario se trabaja...con la población en riesgo y que el educativo es como...no como la lucha ideológica, pero sí el...la introducción de ciertas explicaciones de lo que son las cosas....Lo primero es eh...¿cómo calificaría la integralidad de tanto el plan de "Prevenir en Madrid", o del programa, como del IA? Es decir: ¿trabajar desde muchos ámbitos significa hacer una mirada integral? O, ¿cómo hay que integrar estos diferentes...

E6: Sí. Cuando decimos que nuestro programa, que pretende ser un programa integral, el concepto integral se refiere a dos cosas. Se refiere, luego lo especificamos también, a que tiene que suponer un trabajo en red. O sea: el trabajo que se realiza desde cada escenario: la Universidad, la escuela, el departamento de Prevención del ayuntamiento... tiene que estar conectado. Tiene que ser un trabajo en colaboración porque si no los esfuerzos...Esto es muy difícil...

1: Ajá.

E6: Y continuamente encontramos obstáculos. A veces, por ejemplo, pensamos que el trabajo que hacen los técnicos del ayuntamiento en las escuelas tiene que conectar con lo que hacen las personas que van desde el Practicum y con el trabajo que, a su vez, hacen los profesores que están participando en cursos de formación. Y que todo va a fluir y va a confluir de una manera armónica. Y a veces comprobamos que hemos sido demasiado optimistas y que cuando esas personas cuando intentan interactuar pues se producen conflictos que hay que resolver. Es decir: cambiar una cultura individualista donde incluso los distintos organismos que deberían cooperar, compiten entre sí porque venimos de una cultura individualista-competitiva; cambiar esa cultura fuertemente arraigada, que se reproduce, por una cultura de la cooperación en red pues es complejo. Y hay que resolver muchos conflictos. No sale automáticamente. Entonces, estamos apostando, en este sentido es integral porque pretende integrar en una red cooperativa a todos los agentes y organismos implicados con responsabilidad en la prevención de drogodependencias. Y, esto, no es sencillo.

La Universidad, por ejemplo, se ha acostumbrado a hacer una investigación sin contar. Los centros, muchas veces, se sentían decepcionados respecto a los beneficios que la investigación y la cooperación con la Universidad tiene que proporcionar al propio centro educativo que ayuda a realizar esa investigación. Bueno pues la Universidad tiene que cambiar sus prácticas para conseguir esto.

Entonces nos referimos a integral y trabajo en red en este sentido. Yo creo que “Prevenir en Madrid” no es original, la idea. Pero llevarlo a la realidad es complejo y exige un trabajo permanente. De cambio. De cambio de las rutinas. Entonces, pretendemos que sea integral en ese sentido.

Pero pretendemos que sea integral, también, en lo que le llega a los propios adolescentes. Que las actividades de prevención de consumo de drogodependencias no sean unas actividades desconectadas del resto de la actividad educativa. Sino que estén muy bien integradas, en un planteamiento global de prevención de condiciones de riesgo y generación de condiciones de protección donde, por ejemplo, esas actividades estén incorporadas dentro de un currículum de educación en valores que potencie los valores más fuertes en los adolescentes: que puede ser el valor de la no violencia que insertado en el valor de la justicia puede ser muy fuerte; entendiendo que ejercer violencia contra ti mismo es violencia...Es más fuerte ese valor que el de la prudencia . El valor de la prudencia en los adolescentes no es muy fuerte pero el rechazo a la violencia incluido en la valoración de la justicia donde va también cómo te cuidas a ti, es fuerte. Y luego, el valor de la libertad. Porque, generalmente, empiezan a consumir drogas pretendiendo ejercer la libertad en el consumo frente a la prohibición adulta. Y si de los doce años, once o doce años, empiezan a entender el concepto de adicción por ejemplo con esa campaña de un pajarito está en una jaula, le abren la puerta y no sale... que los niños de once años ya lo entienden en el último curso de primaria, ¿no? ¿Por qué no sale? Y los niños tienen que averiguar por qué no sale. Luego, pues, porque...ehh... hay cosas que te encadenan y que parece que eres libre pero no lo eres.

Y desde los once años empiezan a pensar sobre esto y empiezan a entender que la adicción es lo más contra...lo más opuesto a la libertad. Incluso no te das cuenta de que te ha enjaulado, ¿no? Entonces, como el valor de la libertad es tan fuerte, estos dos valores, justicia y libertad, son muy potentes. Pero lo tienes que insertar dentro de un programa mucho más global donde se hable de la justicia, donde se hable de la violencia, donde se hable de la libertad a fondo, donde se hable de la tolerancia y donde se hable de las adicciones . Y lo entienden mucho mejor. Por ejemplo, a veces, el concepto de abuso lo entienden muy bien si conectas el abuso de drogas, el abuso a nuevas tecnologías y el abuso en el amor como violencia de género. Entonces, desde este enfoque, entienden muchísimo mejor el rechazo a las drogas porque ya no parece esto solo como volverles a recordar que tienen que ser prudentes, sino que aparece como algo de rebeldía, como algo revolucionario... frente a muchas injusticias que hay en la sociedad. También aquellas que te utilizan como carne de cañón del consumo para que algunas personas se lucren destruyendo tu libertad. O sea, coge mucha más fuerza el concepto de abuso de drogas como algo peligroso desde este enfoque integral. Y luego, además, hay otra necesidad para insertarlo en un enfoque educativo integral y es que actualmente en España la principal condición de riesgo, no sólo de probar drogas, sobre todo de quedar enganchado en ellas es una situación difícil y desadaptada en la escuela en el aprendizaje con el profesorado. Entonces para quitar esa condición de riesgo básica hay que trabajar con el profesorado y hay que trabajar la integración en la escuela. Entonces, nos referimos a integral en todo eso.

Por eso es tan importante que en estos programas de formación se vaya más allá del enfoque clásico de que hay personas expertas que van a las escuelas y hablan de drogas o estimulan actividades participativas de drogas...que a los profesores que si les dejamos esta alternativa pues como no tocan sus actividades y tienen que hacer poco, solo ceder las aulas... sería, es la opción preferida...pero esto es incompleto. Porque el profesorado se tiene que implicar en los casos de riesgo para que esos chavales encuentren su lugar en la escuela y no salgan de ella precipitadamente. Porque es la principal condición de riesgo.

1: ¿La salida de la escuela?

E6: La inadaptación escolar.

Entonces, esos adolescentes no tienen una...empiezan a verse sin identidad positiva, empiezan a verse sin amigos constructivos, empiezan a formar sus propios ghettos... todos excluidos del sistema porque están excluidos de la escuela, del éxito académico, no tienen amigos con éxito, tienen sus propios ghettos... empiezan con conductas destructivas, una de ellas es el consumo de drogas y el abuso reiterado en ese consumo y, entonces, está servido. Y suele haber una correlación muy alta entre consumo de drogas, eh, muy abusivo y violencia. Muy elevada. Y fracaso escolar y problemas con la autoridad. Y, entonces ya, empiezan a tener una identidad negativa. Y sacar de allí ya empieza a ser muy difícil. Entonces, además, es mucho más fácil que la escuela se implique en todo esto si entiende que esta, que este currículum hacia la identidad negativa tiene un primer antecedente en el lugar de la escuela. Y plantear las dificultades al profesorado. En fin, que en una buena parte, la lucha contra el fracaso escolar y los problemas de convivencia va unida a la lucha contra las drogodependencias. Y, ahí, vamos a tener a la escuela decididamente a nuestro lado porque es su principal problema.

1: Claro. Pero lo que veo es como, evidentemente, está el tema de la droga pero muchas veces se encapsula dentro de sus propios ámbitos. Es decir...

E6: Sí.

1: ...la escuela. Se trabaja desde la escuela. En el trabajo, se trabaja desde el trabajo.

E6: Sí...

1: Y realmente es integral. Porque hay un enfoque que hay que trabajarlo pero, claro...Sin embargo muchas veces veo la falta de conexión, realmente, de entre toda la sociedad, de todos los ámbitos, para generar pues eso: diferencias...

[Suena el teléfono]

1: Perdóname.

...entre uso y abuso. Y saber diferenciar entre lo que es droga o que puede ser fármaco, o qué es lo que hace que provoque que realmente haya condiciones de riesgo o de exclusión. Es decir, si una persona no encuentra un refuerzo positivo en casa, por ejemplo, a lo mejor en la escuela puede reproducir ese rol desviado, por decirlo así.

E6: Eso es. Eso es.

1: Es decir, realmente hay personas que sí que tienen este saber, ese saber hacer. Pero luego, ¿la institución es realmente consciente de ello? O, simplemente, es una política asistencialista o de parches o que realmente ataca más a los efectos que a las causas.

E6: Yo... claro... Yo creo que, actualmente, las instituciones sí son conscientes de la necesidad de trabajar en red, ¿no? Y no sólo en este campo. O sea, en todos. Muchos de los problemas que tenemos para avanzar en otros campos y también en este, son por la dificultad que implica el trabajo en equipo en red. Y, entonces, ante esa dificultad y los conflictos que encuentra y lo desagradable que es tener que estar todo el día...porque al final son muchos conflictos entre personas y, efectivamente, son una dificultad real. Es muy difícil cambiar la cultura, esa cultura individualista competitiva por una cultura cooperativa. Entonces, cuando te chocas con ese conflicto pues, te refugias en el modelo anterior. Es realmente muy difícil. Yo creo que sí que hay conciencia en todos los organismos internacionales, el Consejo de Europa, en Naciones Unidas, la Unión Europea... continuamente en todas las propuestas la necesidad de ese trabajo...y las instituciones son conscientes. Pero realmente...

Pasa, pasa Javier.

...Realmente hay una dificultad objetiva muy fuerte para que se produzca. Entonces, yo creo que lo más eh, lo más eh...importante del programa "Prevenir en Madrid" es la convicción actual que tenemos, el compromiso fuerte que tenemos de que hay que trabajar en esa red, ¿no? Y por eso tenemos esa experiencia permanente de la dificultad, pero renovamos permanentemente el compromiso, ¿no? Y entonces empieza a ser muy fuerte la red. Empezó a ser muy fuerte entre centros educativos y su profesorado y los adolescentes, el departamento de Prevención y la Universidad. Y tendríamos que implicar muchas más cosas. El reto es todos los servicios municipales, el resto de MadridSalud que ya lo empezamos también a trabajar e ir implicando...por ejemplo medios de comunicación...

1: Y por ejemplo las...

E6: ..Y...O sea, tenemos que conseguir que la red se extienda. Ahora mismo empieza a ser bastante ponent...bastante potente el compromiso y la convicción; pero también los conflictos cada día, eeeh. Es decir porque estamos...Entonces, a veces, dices por qué es tan difícil, no tendría que serlo; porque la idea es como muy clara, muy obvia. No entenderías y no podrías superar los conflictos que surgen cada día si no entendieras que estamos intentando generar un cambio de la cultura del trabajo preventivo, de esta cultura individualista -incluso, a veces, con competitividad implícita entre organismos o personas- por una cultura cooperativa. Entonces, objetivamente, el cambio de cultura es muy costoso, ¿no? Pero entonces...pero sí, es lo mejor del programa.

1: Pero por ejemplo es eso, en materia de...

E6: Es un programa que se renueva a año a año y que ya empieza a tener su tradición, ¿no?

1: Sí, ya va acumulando ciertas experiencias, ¿no?

E6: Es lo más bonito. Eso y el compromiso con el enfoque integral.

1: A mí me preocupa porque viendo esta integralidad...

E6: Es la última pregunta porque ya...

1: Sí, sí.

...porque viendo integralidad eh...vemos que en ciertos campos, por ejemplo en Prevención, se intenta trabajar desde lo comunitario.... Cambio el enfoque. Pero sin embargo cuando es intervención directa sobre el problema de drogas, las fuerzas del orden público, por ejemplo la ley, está muy claro respecto a lo que es el problema y esto, lo que pienso que produce es una continuación de lo que es la estigmatización del individuo consumidor. Y lo que hace es estigmatizarlo para separarlo mucho más. Es decir...

E6: Sin duda, también, en ese aumento de trabajo en red se tendría que producir más conexión entre las personas que trabajan en Prevención con un enfoque psicosocial y las personas que trabajan desde los, las... la Policía. Sí, tendría que haber más integración. También en otros campos lo estamos viendo porque puede haber, sin duda los cometidos son distintos, necesariamente la forma de ver el problema desde distintas perspectivas va a variar...pero yo creo que sí que se podría ayudar mucho porque la Policía también puede tener...o sea, su trabajo puede tener unas repercusiones psicológicas educativas. Y es muy importante que las personas que trabajan en Policía sean conscientes de esas repercusiones. Y, entonces, esa sensibilidad se la podrían proporcionar las personas que trabajan en prevención o que trabajan desde un enfoque psicosocial. A su vez, también, la Policía podría proporcionarnos a nosotros... también podría aportarnos muchas cosas: de qué hacer cuando ya se han cometido delitos, de lo importante que es que no haya de ninguna manera impunidad o percepción de impunidad, de lo importante que es que se entienda claramente

los límites que marca la Ley... Es decir que, sin duda, en este avance del trabajo en red habría que incorporar esa cooperación.

1: Vale. Dos preguntas muy rápidas.

Entonces, usted plantea que se está pasando desde... de la “cultura del no” a las drogas, a la “cultura de sí” a otro tipo de valores sobre los que educar....

E6: Pero conservando el No a las Drogas.

1: Ajá. Pero, ¿implícito o explícito?

E6: No, no, no...También explícito.

1: Ajá.

E6: Sí. Es... muchas veces la escuela pretende que sólo hay que trabajar en positivo, ¿no? Es decir: sin marcar los límites ni hablar de los peligros. Hemos detectado que es muy importante el trabajar en positivo, que es necesario, que es necesario reforzar las alternativas...pero que no basta, que no es suficiente, que hay que dejar muy claro, también, dónde están los peligros, en qué consisten, ayudar a detectarlos...Esto en todos los campos en los que trabajamos, eh...estemos hablando de drogodependencias, de racismo, de violencia escolar o de violencia de género.

En las escuelas que sólo trabajan en positivo...claro: ¿dónde empezar, ya, a hablar dónde se están los peligros, a detectarlos y a generar habilidades para salir huyendo de esos peligros rápidamente?

1: ¿Y quién dice cuáles son?

E6: Pues en la adolescencia. En la adolescencia ya sí se puede hacer. En la infancia entendemos que hay que trabajar todo prácticamente en positivo y que hace falta cierta capacidad de abstracción. Y cuando ya el peligro es inminente, lo van a encontrar...lo van a encontrar en sus primeras relaciones de pareja, lo van a encontrar en la discoteca, lo van a encontrar en el botellón...Entonces hay que hablarles claramente del peligro y tienen que desarrollar una conciencia muy clara para detectarlo.

Sí, es un error pensar que sólo hay que trabajar en positivo. Aunque es la estrategia fundamental. Y durante la infancia...yo diría que la única. Pero cuando empiezan a llegar a la adolescencia y el peligro está ahí y se van a encontrar con él...

1: Complejizarlo, ¿no?

E6: ...podríamos dejarles desprotegidos si no se trabaja también... [en negativo]... O sea, no a las drogas. Además la palabra, ¿no?, es clarísima, muy potente y está presente desde el final del primer año de vida en nuestro... en nuestro diccionario mental. Entonces, eso es muy potente. De la misma manera hay que decir no a la violencia. Y que amor y violencia son incompatibles. Y esto tiene que estar fuertemente arraigado en la identidad del adolescente. O sea, hay que trabajar desde un enfoque integral positivo que refuerce los valores alternativos; pero hay que trabajar, también, la especificidad de cada uno de estos peligros porque si no, ahí, aparece una vulnerabilidad fuerte. Y, además, a la Escuela le cuesta entender esto. No...mmm... Es muy importante universal y positivos, sí; pero también con componentes específicos que enseñen a detectar donde están determinados límites y determinados peligros en los que ninguna manera se puede incurrir. Porque el enfoque siempre positivo, eh, les protege menos que el enfoque múltiple...que trabaja las dos cosas.

1: Vale.

E6: Ya.

1: Bueno... pues con esto...

E6: Venga, muy bien. Pues mucha suerte con tu tesis.

1: Gracias. Gracias por tu tiempo y bueno si tuviera alguna duda me pongo en contacto contigo...

E6: Vale, ya me la...cuando esté escrita ya me la mandas.

1: Vale, gracias.

ASISTENCIA E7:

1: ... ¿Te importa?

E7: No, no. Empezamos ahí un poco. Bueno yo, ahí, un poco, sobre todo, para que aproveches, aprovechemos el tiempo, tu tiempo. Y a ver si nos podemos centrar un...Estabas diciendo el tema de la interiorización de las personas...Yo te quiero decir que en drogas ha pasado a nivel personal, un trabajador y con la red. Se ha reflejado en la red y en el político que es un fiel reflejo de ese...ese ya sí que tiene más instrucción, ese ya sí que sabe, ¿no? Pero, de repente, se han aprovechado y han alimentado una historia que, de repente, pues hay mucha gente que ha interiorizado y tiene una respuesta. Y... y yo no sé por qué, también soy un médico raro, pero les ha pasado a muchísimos médicos. Y bueno, yo estoy en mi ambiente. La realidad es que yo estoy en mi ambiente y la realidad es que yo no tengo miedo a estas personas porque no las tengo estigmatizadas como, como, como la mayoría de la población. No sé si vas un poco por ahí...

1: Sí, un poco está orientado hacia eso ¿no? Es decir: Por qué a unos les vemos de una forma y a otras personas de otra forma, incluso la misma persona por otras personas es vista de una forma...

E7: Bueno, en el caso de los yonkis, como yo me he hecho la fundamentación, pues la historia está que empieza...empieza...la historia es muy...

1: Claro. Yo, había preparado como una especie de mini preguntillas...también como...

E7: Pues pregúntame entonces. Porque a mí me ayuda.

1: ...más allá de, bueno, la explicación de lo que estoy haciendo, bueno, me gustaría que te presentases y también presentases a, si quieres, a la asociación. Aunque por ejemplo eso, como ya hablamos, eh...si quieres este...

E7: Bueno, pues pregúntame una cosa primero bien. Por ejemplo: que me presente...

1: Sí, preséntate: de dónde vienes, cuál fue tu motivación...

E7: Sí hombre. Un poco por qué estoy aquí, ¿no?, de alguna manera o en relación a esta historia. Ehh... yo...de forma azarosa, pues, caí en una consulta de VIH cuando era terapeuta familiar. Y, entonces, me interesó muchísimo el problema porque verdaderamente era una situación de muchísimo estrés. Luego todo lo demás que no me lo sabía, pues, que era que la gente se, se enfermaba y se moría...pues ahí me toco, de repente, no se por qué a mí o yo no fui indiferente, pues atender a la gente en sus casas y en situaciones de terminalidad. Eso genera pues, ya te digo que fue una cosa azarosa, y entonces me veo con, metido en el tema del VIH de fondo, a fondo y con el problema de las personas eh... excluidas del resto de la sociedad, como son los consumidores de drogas o la población gay. Claro yo dije: por qué; por qué yo....Quiero decir qué me va a mí por esto, ¿no? entre otras cosas porque soy el único médico que ha hecho esto. El único médico que al cabo de los años... O sea que sí que ha habido muchísimos médicos implicados y comprometidos, pero en

su trabajo: en el hospital o en su centro de salud, pero no en asociación. Colaborando sí, pero hasta el nivel mío no.

Entonces, luego, pues estaba yo en esta vida y....bueno, tuve que...busqué un trabajo...pues no sé por qué...me puse a trabajar en un centro de emergencias, en un poblado. Que tampoco era una cosa que conocía. Bueno, la verdad es que sí que lo conocía y también no sé cómo estaba dándoles metadona a unos gitanos, en un poblado...jejeje...en mi bicicleta. Porque me gusta y, bueno, sabía la cosa, ¿no? Iba muy bien, ¿no? Y entonces, pues, de repente, me veo ahí en un centro de emergencia ahí, trabajando de médico...Y, entonces, la verdad suena como un 4º Mundo; 3er Mundo, pero 3er Mundo malo. Porque, verdaderamente, Rosilla fue una situación de acumulo de personas viviendo en el poblado durante años... están en una situación que ni guerra ni nada. O sea, estaban en una situación...espectacular.

1: Bueno, es un 3er Mundo en un 1er Mundo...

E7: 4º Mundo, 4º Mundo, 4º Mundo que en Europa no existe.

1: Claro, claro.

E7: O sea, una situación así como la que yo vi...

1: ... o no se quiere ver. O muchas veces esa realidad no traspasa...

E7: No. Yo, yo también, en esta historia, pues he sido un poco escéptico...no creo...bueno, me meto...me meto en esto, me meto con lo otro...Pues, entonces, veo esto y digo: ¡jo! Estas personas están en una situación horrorosa.

1: Sí, sí. Crítica.

E7: Y, bueno, como yo venía del VIH y estaba con los tratamientos, los primeros tratamientos eh... los habíamos empezado nosotros, y yo vi como la gente revivía y con la metadona, igual. Pues ahí empecé a darme...me encuentro, me toca a mí dar metadona y ahora, lo último, dar albergue. Porque, realmente, ahí estábamos muy "no-se-qué" y a nadie se le ocurría nada. Y que como que todos, de alguna manera, aceptaban como que había que dar una narcosala porque tal porque era una cosa paliativa porque con estos señores pues no se podía hacer mucho más.

1: Reducción de daño, ¿no?

E7: Reducción del daño. Bueno, entonces, eso ahí un poco. Soy médico y soy terapeuta familiar. Desde una perspectiva humanista u holista, también, de la Asistencia a las personas. Y siempre... la verdad que siempre me ha gustado...la verdad que nunca quise ser médico de consulta. Y eso de ver a sesenta enfermos en un...en dos horas, eso a mí, en mi cabeza, no me entraba... Con lo cual me comí setecientos en un día...jejeje...caugh, caugh...diarios Pero bueno, eso era otra situación de emergencia. Ehh...Pero yo, la verdad, es esa situación...no sé por qué me he llegado a esta situación, eh. Entonces lo único que pasa es que en esta situación extraña, sí que....[pausa].... en relación con las situaciones convencionales pues me he encontrado casi, a la fuerza y sin yo quererlo, enfrentado. Unas posturas enfrentadas. Por, quizás, por unos principios culturales diferentes.

1: Hay que ir...quizás son radicales, ¿no? Porque están anclados en la raíz y son puntos o perspectivas que enfocan un...

E7: Desde la mayoría de la población y político.

Siguiente pregunta.

1: Bueno, a ver, ehh... Había pensado unas varias. No sé, por ejemplo...

E7: Y fundé un par de asociaciones.

1: ¿Por qué?

E7: Porque, en sustancia, hay que decir que yo no es que sea un angelito. O sea, un santo. Pero la verdad es que en la sociedad española es difícil la cooperación entre personas. Y hay veces que surgen muchos problemas innecesarios.

1: Sí.

Bueno, vamos a ver, yo había pensado varios temas. Por ejemplo con eso que hablas de la integralidad, ¿no?, de lo holístico, de la necesidad de plantear alternativas al...

E7: Otra perspectiva.

1: ...digamos otra perspectiva a lo que hay... A nivel de cara a cara, ¿no?, que creo que es por donde pasa vuestro trabajo, ¿qué aprendizajes habéis obtenido con la gente? Y ¿qué creéis que de eso que habéis tenido se puede aportar a un enfoque de Intervención? O ¿cuáles son...podrían servir para generar un nuevo, entre comillas, enfoque?

E7: Nos hemos quedado sorprendidos.

1: ¿Sorprendidos?

E7: De lo imbéciles que somos. Que somos mucho más imbéciles de lo que nos creíamos. Y los usuarios de drogas...está comiendo... tienen una enorme experiencia. Y tienen una experiencia increíble. Inimaginable. No nos podíamos imaginar esto. O sea que estábamos, todos, más pendientes de si era un problema de salud mental y que de alguna manera tienen en algunos sentidos... tendrían déficits. Pero en algunos sentidos nos pueden y es una de las cosas que nos ha pasado también, pues que, de alguna manera, más listos que nosotros.

1: Os han desbordado, ¿no?

E7: Ajá. Eso a la gente le cabrea mucho.

1: Ajá.

E7: Entonces, mmm... la experiencia que hemos tenido ha sido sorprendente. Primero porque, bueno, esto, esto...esto es lo último que te tenía que haber dicho...

1: Vale.

E7: ...Lo primero es que la sorpresa ha sido que tratándolos de una manera más o menos normal y así sin mucha joyería de especialistas...Yo vengo de una terapia familiar que es una cosa muy sofisticada....es una intervención muy sofisticada...con varios terapeutas grabándolo en video...Esto aquí, pues a la gente en cinco minutos...le hago la historia, le doy la metadona y te digo cuatro cosas...Y te digo cuatro cosas en cuatro minutos...llevábamos setecientos en un día y resulta que hemos tenido resultados que no pensábamos que se podrían conseguir. Que pensábamos que con estas personas, pues que no estaban tan locas, claro, y resulta que se ponían a trabajar a los seis meses. No nos creamos que estos tíos no valían para nada.

Yo...es una conclusión, un poco, de que es una población abandonada o maltratada, técnicamente...digo. Luego, socialmente también ha sido maltratada...Va en paralelo....lógicamente.

Y esa fue, un poco, el motor de hacer muchas cosas. Y los resultados han sido siempre un poco sorprendentes. O sea, haciendo cosas un poco atípicas y heterodoxas, no ortodoxas... pues resulta que hemos tenido, en las distintas cosas que hemos hecho la asociación, que la atención a los consumidores de drogas ha sido una cosa... Resultados en relación a los supuestos especialistas. Nunca me he considerado especialista en drogas porque vengo de la salud mental y tampoco estudio mucho, estudio lo mínimo y tal... Veo que como que éramos unos charlatanes, ¿no? Que realmente no había evidencia científica, ha habido muchos errores que ahora al cabo de diez años se han constatado...yo defendía cosas hace diez años que ahora se constatan...Por eso te decía que dentro de los últimos veinte años sí ha existido como se han tenido que dar una respuesta y has visto como han sido erróneas y se han mantenido durante años. Lo que ha tenido que pasar hasta que hayan cambiado... Pero como... es muy difícil cambiar ciertas inercias culturales en relación porque hay unas fuerzas políticas, unos intereses políticos muy fuertes que, de repente, hacen naufragar las...las mejores empresas.

1: O sea, según por lo que dices...también eso, lo que se puede ver... la droga es un fenómeno vivo, cambiante, que está ahí en la sociedad y constantemente se reproduce, cambia, muta y lo que realmente se genera son redes, en el sentido circense, ¿no?, que intenten coger el fenómeno, pero lo que realmente pecan es su propia rigidez porque no contemplan la espontaneidad de lo que es el proceso, ¿no? Porque ellos tienen un saber que es el que aplican. Sin embargo otros saberes como puede ser el de la gente que acude a vosotros y que acude a ellos también, no es tenido en cuenta, ¿no?

E7: Yo tengo muchos trucos. O sea, yo, terapéuticamente, me sé muchas cosas que lo que pasa que si no las sabes ni te das cuenta, que pueden ser significativas terapéuticamente. Pero uno, una de las cosas que has dicho la creación...caught caught... entonces realmente la interacción entre dos personas siempre es un proceso creativo y que es muy difícil de aprender o de enseñar. Entonces, una persona puede ser un buen vendedor, innato, puede ser un buen pintor o puede ser una persona que con los yonkis, con las personas de la tercera edad...se lleva muy bien con los niños.... ¿Por qué este tío no se va a llevar bien con los niños? Se lleva bien. Tengo esa facilidad...y...he podido hablar con ellos. Pero no desde una mesa...es lo que te decía: tengo trucos...pero me lo han contado...tomando un café con ellos...He hecho cosas que se supone que no hace un médico y esas cosas. Y eso...ahí tienes una información que te hace ver la realidad que te hace ver la realidad muy diferente y, entonces, ves como ese señor no es el criminal o que el ladrón...que yo tengo que pensar que estoy aquí contigo y entonces pues me vas a robar, llevo aquí la cartera y, en fin, estoy aquí con una actitud...

1: Defensiva.

E7: ... que al final se trasmite.

Entonces, pues yo, quizás, hay ahí un punto, pues eso, que es lo que transmitimos cuando vemos a una persona, a un niño...el cabrón...

1: No dejamos de ser de carne y hueso.

E7: El niño nos radiografía y si no le gustamos el tío no...hasta que no vea el tío....no... no se acerca, ¿no? Tenemos una capacidad de análisis muy grande, automática, ¿no?, lo que decías tú, pero que de repente esa persona por como va vestida, por su "imprinting" cultural, de si es rico o si es pobre, si es obrero o si es no-se-qué...yo decía que, de repente, tengo prejuicios contra los médicos o contra los obreros. Entonces eso es una cosa como muy difícil de elaborar y para aprender hace falta una gran madurez, verdaderamente, para hacer un análisis también desde la humildad. Por que lo que te enseñan los libros, en relación a las personas, es muy poco.

1: Ajá. Por ejemplo esto...ehh...acudiendo a la visión institucional, también lo reconocen. Es decir que saben que, por ejemplo, la marginalidad...la marginalidad no, la delincuencia, por ejemplo, está asociada a, a...no es la que provoca la drogodependencia pero sí que está asociada al mundo de la drogodependencia. Entonces, es decir, si yo no tengo una fuente de ingresos seguramente acudiré y robaré para obtener esa fuente de ingresos. Pero, sin embargo, ¿realmente cuando acudes a la institución, realmente, ves que sí que se trabaja en base a ello? Es decir que se busca derribar ese estereotipo, ese prejuicio..., ¿no? Porque, realmente...

E7: No.

1: ¿No?

E7: No.

1: Ajá.

E7: Pero nosotros sí. Y estamos en solitario.

1: ¿Y por qué hay esa...disonancia?

E7: Ahora. Perdona.

1: Sí, sí.

E7: Ahora han hecho una declaración. Ahora como han visto que la cosa está jodía, que les están apretando... Ahora, en el Congreso Internacional, han hecho una declaración; que es lo único que hacen...

1: Declaraciones, ¿no?

E7: Sí. Pero con unas declaraciones en un sitio pequeñísimo, vamos. Que no es que estén dando una batalla por normalizar esto.

1: Ajá.

E7: Los de arriba se preocupan, sobre todo, porque, de repente, van a abrir un centro y tienen rechazo vecinal. Y eso es lo que más les preocupa. Más que cambiar, verdaderamente, la filosofía y la cultura de la gente. Porque...es difícil de penetrar...lo que te iba a comentar de las drogas...esto empieza....un poco rollo...

1: Bueno, bueno...

E7: La historia de las drogas empieza, es un poco.....curiosa.....y se ve en los errores. Entonces tengo un libro que es un diario de Freud...

1: ¿Diario de...?

E7: De Freud.

1: Freud.

E7: Sí. No, son unos escritos de Freud sobre la cocaína. Pues resulta que, bueno, pues empieza la heroína, ¿no? empieza la morfina....Posteriormente, ya, la gente se ve que se engancha. En la Guerra de Secesión Americana se quedaron enganchados a la morfina cuatrocientas mil personas, seiscientas mil personas. Luego aquí se da también. Fue cuando se empezó a ver el efecto maravilloso de la morfina. Aquello, eso corrió como la pólvora. Enganchó a media Europa, al opio y

tal. Y entonces saca el tema de la cocaína y llega Freud y dice, con 23 años, y dice “hostia-me-voy-a-forrar”, esto es la bomba, esto es cojonudo, esto es para todo. Bueno y también para desenganchar de la heroína. Entonces yo te desengancho a ti con cocaína.

1: Ajá.

E7: Entonces...hasta que un amigo suyo enganchado a la heroína, lo enganchó a la cocaína también, claro. Entonces por ahí empieza un poquito, para que tú veas, el disloque de lo que de repente, la confusión.

1: Ajá. No hay una fórmula mágica.

E7: Naturalmente, en el siglo XIX empieza aquí el desmadre de la cocaína y la heroína y empiezan a hacer toda clase de cábalas mágicas, misteriosas y políticas. Entonces, en los años 20 que en EEUU, pues, había un enorme... “boom” con los fumaderos de opio y tal... Nueva York: delincuencia. Pues sale un senador, héroe de la Guerra de Cuba, y, entonces, hace populismo-política: populismo político: “señores, esto-puede-acabar-con-la-sociedad-americana”. Y, claro, desde el catastrofismo más enorme les digo: “señores-se-pueden-enganchar-a-esta-heroína-las-mujeres-y-los-niños. Si-esto-se-pone-en-los-polvos-de-las-mujeres, se-van-a-enganchar. Y-luego-los-niños-con-su-leche, se-enganchan...”. O sea, una cosa grosera. Ahora lo ves y....Pero en ese momento...

1: Se creía cierto.

E7: Se creó la ley de la prohibición. La prohibición de las drogas. Y la imagen del toxicómano irrecuperable y drogodep...vicioso y criminal.

1: Un infame por decirlo así, ¿no?

E7: Criminal. El estigma. Irrecuperable. Echarlo a la calle.

Entonces, esto ha llegado hasta nuestros días. Pero ya en aquella época los datos que había de tratamientos en granjas, por ejemplo, ya eran unos resultados del cinco por ciento nada más. Entonces ahora, en mil novecientos ochenta, cuando empieza aquí la cosa...

1: Granjas, perdón. Granjas, ¿son las granjas estas de trabajos forzados o...

E7: No. Comunidades terapéuticas.

1: Vale, vale.

E7: Aquí en España. En China, trabajo forzado.

1: Vale, vale.

E7: Entonces eso. Culturalmente, los chinos hacen una cosa. Los españoles hicimos una cosa. Lo que hicimos los españoles, lo están haciendo ahora en Europa del Este. En Rusia se está montando un poyo espectacular porque dicen que jeringuillas no. Pero claro, está la mafia detrás, eh.

1: Claro. Los intereses... ¿Cómo los intereses que están ahí velados y que realmente son los que mueven los hilos, ¿no?...

E7: Entonces, aquí, están los traficantes, está la mafia, están los políticos que no quieren perder votos, los políticos que también están comprados por las mafias y que no sabemos hasta cuándo ni dónde...claro....laboratorios farmacéuticos...y está la política. Por eso te decía: Bush en los años ochenta, le declara la guerra a la cocaína y tal y cual. ¿Qué ha pasado? Mira lo que ha pasado: Ley Seca. ¿Resultados de ley seca? Pues es de libro, joder: mafias y crímenes.

1: Sí, sí. Quién paga los costes también, ¿no?

Bueno, también se juega a...esa generación de ilegalidades, genera más ilegalidades. En el sentido de: si la prohibimos, la droga, habrá gente que se dedique a ello. Pero si les pillamos, entre comillas, o los que pillemos, servirán como personas que trabajamos...

E7: Los policías. Están viendo el tema y se dan cuenta de que eso no vale para nada, pero...

1: ¿Qué hacemos, no?

E7: Total: que estamos aquí. Luego, si enlazas con la historia de política, de asistencia sanitaria o de drogas....y si la sanitaria está ya como está, que está en un estado penoso y en picado... ya todo el tema social y de drogas en Madrid, desde hace 20 años, está superdesbordado. Entonces claro, por eso hay que hacer como hacer y tapar, hacer y tapar, hacer y tapar.

1: Ajá. Bueno...Yo ya tenía aquí varias, varias...tengo varias ideas en torno a estas cosas, ¿no? Por ejemplo, la idea del concepto de salud pública, ¿no?, que quién, qué es, quién lo define, ¿no? Y que realmente, qué puede haber detrás de ello: ¿una relación de poder y de imposición? Es decir quien tiene los medios, muchas veces dice lo que es el problema, ¿no? Puede ser desde lo que es la droga hasta lo que es la asistencia a un problema de drogas...Luego...

E7: Espera, espera, espera...Con eso te digo que en nombre de la salud pública no se puede hacer lo que se quiera. Es que son dos cosas distintas. La salud pública es la obligación del Estado de preservar la salud de la mayoría de la población, con vacunaciones, por ejemplo. Entonces, obviamente, no se puede hacer una vacunación que no sea buena, que no esté justificada. Entonces imponer una cosa, es una imposición. Ahora mismo creo que una vacunación no es obligatoria. No lo sé, eh.

1: Sí, bueno. En cierta medida cómo...

E7: Pero sí que hay una perspectiva, en el Estado, que es muy positiva. Ahora te cuento una pequeña historia, la historia de la salud pública. Entonces, pues, el problema es quién la aplica, en nombre de qué. Porque ahora el señor Gallardón, en nombre de la salud pública, coge y te mete en el albergue en nombre de la salud pública.

1: Sí, sí.

E7: Eso es otra cosa.

1: O la castración química en Francia, por ejemplo.

E7: Entonces, hago no se qué y con un médico detrás o un psiquiatra que me avala, hago lo que quiera. O sea que yo al científico, lo compro. Está clarísimo. Al científico lo compras y te armas con unos pedazo de científicos aquí que vamos...

1: Un saber que te respalda en el fondo, ¿no?

E7: Entonces, la salud pública es un tema interesante porque hubo unos médicos, en el siglo XIX, lo he leído hace un par de años; eran acojonantes. Entonces, pues, se ve un poco como era gente muy buena. Tenía unos principios que...yo no tengo unos principios tan buenos. Entonces todos estos tipos estaban muy preocupados por la salud de los demás. Entonces...eh, la verdad que la situación debía ser bastante horrorosa. Debería haber mucha hambre, mucha tuberculosis...la veían. Y, claro, mucho alcoholismo, mucha sífilis... Entonces, pues lo tipos se inventaron ahí una cosa. Entonces esa cosa de la salud pública, pues eso, la salud de todos...los tipos siguieron pensando y dijeron "eh,un-momento.que-aquí,esto-no-hay-derecho.Porque-aquí-las-mujeres-se-prostituyen-porque-resulta-

que-las-pagan-menos-que-a-los-hombres.Y entonces, esto,no-es-justo.Aquí-hay-que-pagar-a-las-mujeres-igual-que-a-los-hombres”. O sea, eran...muy científicos y, entonces, en sus razonamientos eran lógicos: yo veo esto, a ver lo que pasa aquí... ¡PAS! Y, entonces, crearon todo el tema de la salud pública universal que hay ahora mismo y el sistema de educación universal y tal...lo crearon los tipos estos en mil ochocientos.

1: Ajá. Hombre, todo viene, también, del contexto, ¿no? La idea de Estado, de Estadística, de control de la población, ¿no? Es decir, hubo un salto...

E7: No, no. Y de problema.

1: Ajá, ¿de problema?

E7: No, no. De problema.

1: Bueno, gestión del problema, ¿no?

E7: De problemón. Quiero decir que es que yo que sé...el Gadafi ahora mismo. Pues es que ahora mismo tiene un problema de salud pública, ahora mismo. Y si no, pues, se van a morir un montón de niños...tal. Que te entra por los ojos. Pues como si se te muere el hijo de un hermano. Y al final haces...Y nada. El tema de la salud pública...es el tema. Que cuando surge el problema, se analiza, se ven las cosas, el tipo que lo hace sabe por qué lo está haciendo...pero luego, los que venimos detrás, ya, bueno...

Y ahora ya ha llegado la Esperanza Aguirre y lo ha quitado. ¿Por qué? Porque le ha salido de los cojones. Y se ahorra tres pesetas. Pero oiga, pero cuidado aquí a ver si nos va a pasar aquí una ruina. Las 7 plagas estas que dicen. Como esa tía no saben lo que son las plagas ni lo que son el VIH y pollas en vinagre, dicen “¡a-mí-qué-coño! Si-esto-va-a-pasar-en-diez-años, no-cuando-yo-esté-en-el-poder”. Entonces, el tema de los análisis son como muy complicados, eh. O sea, ¿cómo se produce luego un hecho?, ¿qué ha pasado con la red de drogas? Entonces, lo que pasa es eso, que de repente, unos...unos...nos radicalizamos. Los de la ley seca cada vez la hacen más seca. Y nosotros ante las barbaridades, nos tenemos que radicalizar más porque vemos el horror y el otro no lo quiere ver porque, claro, si lo ve, es culpable.

1: Claro. Es una cuestión que plantea la institución. Es decir, ellos hablan, son redes de...es el punto de la autorreferencialidad, ¿no? Es decir: nosotros hacemos, nosotros tenemos esta gente que hacemos...y, sin embargo, yo me planteé: vale, y la gente que no acude a vosotros, ¿qué hacemos...qué se hace con esas personas que realmente no quieren o...?

E7: ¿Dices que les has preguntado?

1: Sí.

E7: Ah. Entonces es que tienes un nivel... Porque, claro, ese es el tema. Y es que sin formación un médico, normalmente, no tiene formación de autorreferenciación o de autorreferencialidad. Es leerte el libro, le dices lo que le duele y ya las otras cosas que tal, ya de eso... ¡Rapidito! Y si eres psiquiatra, pues también. Porque aunque lo hayas estudiado todo, me da lo mismo. Luego, te doy dos pastillazos y te dedico cinco minutos. Yo no voy a arreglar el mundo. Entonces lo que decía la Policía, aquí nadie vamos a arreglar el mundo...pero al final esto es un desastre. O sea, se nos va un poco de las manos el, el... el pequeño monstruo que es la salud pública. Que los principios son muy buenos, pero luego, al final, pues lo que te digo: Jesucristo sería cojonudo pero la Iglesia ha quedado como el culo.

Entonces, ahí, en esa falla en la formación científica, que es científica...eso de referente-autorreferente, el observador por una parte del sistema... eso forma parte...nuestra formación...cada

uno...y esa formación no la tiene la gente normalmente. Y no tiene madurez. Y en salud mental si hay más obligación de autoconocimiento: tienes que conocer... Pero eso es en salud mental y no lo saben aplicar. Yo me he quedado con muchísima libertad, con muchísimas cosas. Salud mental, al final, el campo está muy restringido y siempre al mismo enfermo: sota, caballo y rey. En el que tú, además, no tienes libertad de hacer nada más que sota... Yo ahí, entonces, en esa existencia alternativa que he hecho, he probado cosas diferentes. Un poco tontas. Han dado unos resultados que realmente lo psiquiátrico convencional, pues, estaba fallando.

1: En relación a esta pregunta...bueno, esta pregunta....esta afirmación que has hecho, me surge una pregunta que es: teniendo en cuenta que la intervención se decide y se incide sobre lo individual, es decir esa idea del protocolo, donde cogemos una forma de actuación viendo a una persona, le damos los pastillazos, los cinco minutos y a correr...realmente, ¿cómo calificarías la intervención, siempre desde el plano institucional, hablando, sobre esta problemática de la sociedad? Es decir, realmente, hay un problema que se quiere establecer desde lo mental pero, ¿qué se hace con ese problema o enfermedad desde lo social?

E7: Noo, bueno. Nosotros somos, muy, muy...yo soy muy defensor de lo social porque es que ahora mismo pues la medicina pues, joder, es que tenemos un desarrollo de miles de años, de aceptación social, de reconocimiento, tradición...

1: La bata es la bata.

E7: Sí...y de una ciencia que se acumula. Que se acumula, se acumula, y se depura. Y el salto que ha pegado en los últimos 40 años, pues es brutal. Y claro, ahí te da el tema, el salto a la medicina un poco técnica en la que yo te curo, te hago un diagnóstico y tú eres un mueble y yo...sí y ya...pero, ¿y si no curo? ¿Y si no cura y se va a morir? Ahí ya empiezan a fallar los sistemas técnicos de estos señores. Y su estructura mental no es tan humana, es muy técnica, ¿no? Entonces, ahí el tema...es muy.....muy complicado. En cuanto que el sistema, ahora mismo, está muy mecanizado. Siempre haces lo mismo. Y, entonces, hay un empobrecimiento de la persona y de la intervención. Entonces ese señor, ya, de hacer siempre lo mismo...ya eres inexpresivo, no hay interacción, ya no hay motivación, ya no hay ilusión... Realmente por eso te decía que yo...

1: Se vacía de contenido, ¿no?

E7: ...Yo, yo...mi potencial como profesional se me queda...en esto. En lo que han dicho ellos. Entonces, en salud mental pues lo humano...hay otras cosas que se mueven en medicina que no son la pastillita. O sea, que es así. El efecto placebo. Como está reconocido. Entonces, hemos llegado a una medicina en la que yo estoy hablando esta medicina y no creo en ella. Es casi...prácticamente...una mala práctica dedicarle a usted tres minutos.

1: Ajá. Sí, sí.

E7: Entonces lo único que pasa es: "que-tengo-cien-enfermos. Ya-tío, y-a-mí-que-me-cuentas, tronco. O-sea, esto-ni-es-medicina-ni-pollas...jajajaja...a-mí-qué-me-cuentas. Pues-tírate-a-la-calle-y-defiéndelo. Si no...si-no-lo-defiendes, eres-cómplice". Y los médicos lo han defendido. Han denunciado lo de los tres minutos, ¿no? En fin, que nos han metido en una dinámica en la que, de repente, todos estamos atados, eh. Es una cosa como horrorosa. Y entonces ahí, en esa dinámica horrorosa, casi en la que... estamos en una democracia que parece tiránica, un modelo tiránico. Que no lo es. Es una democracia falsa. Pues, de repente, se desvía. Se desvía mucho, claro. Si tú al señor Saddam Hussein al cabo de veinte años le pillas....pues hostia macho, como ha robado. Es que te has pasado, es que has hecho unas cosas espectaculares, ¿no? Porque ya se ha confiado, el tío. Esto que empieza a robar un poquito, pero es que ya... Pues estos tíos, en este modelo, que es un poco de cartón-piedra, que ha hecho la Unión Europea y que se han dedicado a cortarle el cuello a toda

cabeza un poquito creativa y lo mejor del país...pues ahora, de repente, no aparecen soluciones en las mentes más mediocres y más vendidas.

1: Ajá.

E7: O sea esto falla...

1: Por algún lado, ¿no?

E7: ...técnicamente. Lo malo para mí. Está claro que no saben lo que pasa tampoco. Claro.... [Incomprensible]...roban de todo. ¡Claro que roban de todo!...ehhh... No lo persigue. Luxemburgo ha dicho que a ver si seguimos a estos de las Islas Caimán que quién coño tiene ahí el dinero y han dicho ustedes que no. Pues todo el dinero del país está fuera. O sea que si en Madrid hay un señor que tiene trescientos millones y otro tiene cincuenta y otro tiene quinientos y otro tiene cinco mil y los han sacado de España y el dinero era de España... pues el dinero ya no está en España.

1: Sí, sí. Ruiz-Mateos, por ejemplo. Por traerlo, así, fresquito.

E7: Lo ha hecho a conciencia. O sea, en el fondo, la estafa... Ruiz-Mateos no es nada más que uno de los muchos que están haciendo eso. Y entonces, pues claro, esa cosa de "bueno, vamos-tirando"...Luego, claro, al final están pringados todos, eh. A unos pringados...o cogido por los cojones...

1: Sí, un poco lo que hemos dicho de si no propones, eres cómplice. La pasividad...

E7: Sí.

1: ...por ejemplo, más de...

E7: Y luego, es asqueroso. Y, de repente, sigue triunfando lo de siempre, ¿no? Porque Maquiavelo está vivo. Y de repente...de repente las personas más asquerosas, viles y rastreras...eso sí, que no serían nadie, están en Bruselas.

1: Ajá.

E7: Y, entonces...mmm...te apuñalan. Pero en el partido. Porque el PSOE ha hecho una depuración, en toda regla. Porque me he enterado porque me lo han dicho. Y cuando el señor se muere, señor histórico que se muere, el señor que le ha cortado el cuello pone la cartita. Yo... yo, mire usted, sobre mierda, gente que no ha hecho nada y que no ha demostrado nada, solo que quieren trepar...que es la Europa actual...yo creo que los orientales también nos están viendo bastante, ¿no? Entonces, yo ahí...te lo digo por las desviaciones...pues eso, de repente, la red de drogas...con la buena voluntad que te digo de los médicos, de los trabajadores y tal, sin saber muy bien cómo, de repente, "¡qué-barbaridad-el-poblado! No queríamos haber hecho eso"

1: Hombre, en verdad, lo que esto denota es que todo este conocimiento técnico-político es lo que... realmente se ataca sobre unos efectos y no sobre las causas. Y al final, los efectos no esperados superan toda la red de atención.

E7: La superbatalla ha sido un desastre. O sea, la declaración de la ONU del noventa y ocho de...Un gas me parece que es la obsesión de drogas...iban a acabar con las drogas en dos mil diez. Y ahora cojo yo y "oiga, ¿ustedes-están-de-la-olla?". Porque, vamos, mi niño de teta no lo hace...vamos, juntamos a, a, a diez personas cualquiera y te puede asegurar que... ¿Ustedes iban a acabar con las drogas y hacen todo esto? Y, entonces, hay un momento en el que es que aquí claro, aquí las mafias se están hinchando, las empresas se están hinchando...y...yo soy empresa, eh. Yo estoy viviendo de esto. Entonces a mí no me interesa decir que aquí esto debería hacerse de otra manera y que se esté

criminalizando al usuario. Y si no lo criminalizamos, sobramos los psiquiatras, los psicólogos y la mitad de los que estamos aquí mamando.

1: Hombre, se le criminaliza, se le enfermiza, por decirlo así...

E7: Hummm.

1: ...pero eso también lo que genera es...

E7: Un odio.

1: ...un nicho de trabajo y un nicho económico. Es decir: nosotros ofrecemos asistencia.

E7: Sí. No. Y una solución. Una solución como a la delincuencia de Giuliani. Entonces yo soluciono la delincuencia científicamente. Disminuyo el número de delitos con mi sistema. Encarcelo masivamente y por el más mínimo delito. ¿Qué pasa después?... ¿Qué ha pasado después? Es el modelo en el que estamos ahora mismo. El que nos han vendido científicamente. Y desde el dos mil a aquí, esto ha dado una vuelta... Y no por la Esperanza Aguirre esta. No, no. por el señor Zapatero.

1: Sí, bueno. Son cuestiones estructurales incluso.

E7: Técnica, técnica, absolutamente técnica. Por colonización. Americana. Porque somos satélites de los americanos. Ellos no son satélites nuestros.

1: O sea, la elaboración teórica sobre la salud mental o del tipo DSM IV y todos estos DSM que hacen la categorización de las...

E7: Americanos.

1: ...que, que realmente es eso. O sea, sabemos lo que es: un grupo de expertos o sabios que se reúnen y establecen unas categorías para...no controlar, pero sí entender, dentro de estas categorías, lo que se produce en la sociedad. Pero...

E7: No. Entender lo que le está pasando a una persona incorporando, de repente, hablan de tres o cuatro ejes; y entonces, no. Por ejemplo: yo, ahora, yo veo el síntoma y luego meto un eje y es el contexto donde está el señor viviendo, su situación económica, su situación cultural... O sea que los tíos intentan, razonablemente, al final todo lo que le da de sí el coco. Y, ahí, yo también te diría que, a veces, en los libros son muy buenos, a veces. Lo que pasa que los libros...que sean más de ellos y nos quedamos con lo que te decía. Por ejemplo: los tranquilizantes. Te lees el Kaplan que es la biblia de psiquiatría y te pone que los tranquilizantes están contraindicados para las personas violentas. ¿Y qué hemos hecho los médicos? Pues darles tranquilizantes a las supuestas personas violentas. ¿Los tranquilizantes producen violencia? Sí. Claro....ehhh... Los tranquilizantes producen violencia. ¿Lo sabía usted señor médico? No. Y usted le está dando fármacos al que, paradójicamente... paradójicamente, un tranquilizante produce violencia. ¿Lo sabías?

1: No. Yo no lo sabía.

E7: Pues la mitad de la falsedad asociada a la drogas es que la cocaína y la heroína no producen lo que producen. Lo producen los tranquilizantes. Lo malo, lo producen los tranquilizantes. Los tranquilizantes producen la violencia extrema, la violencia con la familia, la relación insoportable con la familia porque son insoportables, pesados de tontos que se ponen. Porque se ponen tontos...y...entonces, realmente, la gente se cree que es la heroína y la cocaína; y es el tranquilizante. Entonces, hay una permisividad hacia la adicción a los tranquilizantes, que producen una adicción tremenda y, luego, producen un deterioro cognitivo irreparable. Y eso, la gente no lo sabe.

1: Es como matar moscas a cañonazos, ¿no?

E7: O con una cosa que no vale para matar moscas.

1: Ajá.

E7: Y entonces, este señor tiene un problema de heroína y tú le das pastillas. Entonces, ahora, ya lo tienes enganchado a las pastillas y siguen consumiendo heroína. “Pues-es-la heroína, oiga. Ya-está. Ahh...” Pues eso es lo que ha pasado.

1: ¿Qué le parecen, por ejemplo, las...las terapias de reducción de...bueno, pues de...sobre la heroína tratadas con heroína en vez de con metadona?

E7: Bueno, espera. ¿No estábamos con lo del DSM IV? Tú me estabas diciendo...yo te quiero decir que es una aproximación. Pero yo soy terapeuta familiar...Yo es que la verdad, casualmente, mi vida es toda una casualidad...pues conocí a un íntimo amigo psiquiatra y resulta que era antipsiquiatra. Y, entonces, me dice: “E7, esto-es-un-camelo. Lo-que-estoy-yo-contando-ahí, aquí-la-mitad-de-esto, es-un-camelo”. ¿Por qué? Hombre tu sigues la historia de la Psiquiatría y estos tíos han hecho de todo. He hecho un coma insulínico, te he dado una ducha de agua helada...Han hecho con la gente lo que le has salido de los cojones. Luego....Y siguen, eh. Y eso se les ha quedado, ¿no?

Entonces, el amigo este que es, era antipsiquiatra, pues por ejemplo, me decía que se había ido con su pabellón psiquiátrico de Valencia a los carnavales, había hecho una carroza y el resto de los psiquiatras les había quemado el...

1: El chiringuito, vaya.

E7: ...el chiringuito. Iban en contra y le hicieron el mobbing y... Entonces, verdaderamente, aquí, hay unos intereses. Entonces yo lo que digo es que: vale, lo psiquiatra, digo puede ser...pero, ¡cuidado! Que esto puede ser... Y por cierto, la heroína y metadona, son medicamentos. Son medicamentos. Por lo visto los “más mejores” contra la psicosis. O sea, lo más difícil de la locura.

Entonces, aquí, hay un negocio, ahora mismo, de tratamiento psiquiátrico que no funcionan, que flipas. U séase, tratamientos antidepresivos para los niños contraindicados por la Sociedad Americana [de Psiquiatría], que es la más potente. Porque luego cuando los pillan, los pillan, eh. Sí. Los norteamericanos cuando los pillan, los pillan. Se están forrando los laboratorios, pero si los pillan, los pillan. Y los han contraindicado en los menores. Y aquí siguen. Porque por eso hay más suicidios. Lo han demostrado simplemente: “señores-dejen-de-dar-antidepresivos-que-producen-suicidio” Entonces, hay un negocio tan grande, por parte del psiquiatra que está ganando tanto dinero con su consulta, dando pastillas...tanto dinero con laboratorios farmacéuticos que aquí ya no se sabe nada.

1: Ajá. No se quiere saber...

E7: No se quiere saber nada. Con el tema este del control del alcohol...Yo fumo porros, tengo que decirlo; con todos mis sesgos, con todas las perspectivas. Sí, pero ahora mismo digo yo: “pero-bueno, vamos-a-ver, ¿si-yo-doy-positivo-en-hachís-quiere-usted-ahora-ya-quitarme-el-carnet-o-meterme-en-la-cárcel-o-no-sé-qué? Y por cierto, ¿usted tiene puesto en la Coca-Cola, no recomendada para menores de 16 años? Y, por cierto, el Red Bull que... ¿Tú sabes la cantidad de cafeína que tiene el Red Bull? Te cagas. Es un “chute”. Y Le llaman “chute”. “Chute”, lo ponen así. ¡Que soy médico! Oiga, mire usted, los tranquilizantes, que son pastillas, también deberían estar contraindicados porque embrutece la cognición. La Coca-Cola pero sobre todo el Red Bull, que ha comprado a la Fórmula Uno -fíjate si mueve dinero... claro, porque es adictivo. Nuestros muchachos están con Red Bull. La cocaína está con Red Bull. Entonces dices: “oiga-esto-sí-que-es-un-problema-de-salud-pública”. Sí, sí. Pero...el negocio es tan grande que cómo es que la Coca-Cola va a los colegios ha enseñarles a los

niños su fábrica de Coca-Cola, les invita a Coca-Cola y a Fanta y a todas las cosas. Lo que te decía: “ah, ¿que-hay-un-problema-de-niños-hiperactivos-en-EEUU? Sí. Ah. Y-que-la- Coca-Cola-los-niños-se-la-toman-a-litros. Hay un problema de adicción a la Coca-Cola. Y aquí nada habla, nadie defiende la salud pública en contra del comerciante... Hombre, porque el Estado, que es el potente, no lo hace.

1: Hombre, la creación de una entidad de salud pública también hace que se ponga el foco sobre una población para que parezca que está haciendo algo. Pero el resto de cosas no tienen importancia.

E7: Entonces, de repente: problema muy gordo. En el año mil novecientos veinticinco, los yonkis, A por ellos. ¿Por qué? Porque eso es una cosa que políticamente le gusta a mucha gente. A mucha gente le gusta eso. No ven el problema y dicen pues mano dura. Claro, luego, al cabo de diez años: “¿qué-ha-hecho-usted? Ah, pues-nada”. Entonces estamos ahí, en un engañoso. Y ahora resulta que estamos en el crack este. Es que esto, tío, es un pufo. Estamos aquí, todos, viviendo y aquí producir, produciendo...no estamos produciendo mucho ninguno...y esto, estamos tirando el dinero porque todo esto es supercarísimo, claro: policía, sanidad...lo que ha costado. Entonces, pues ahí, es donde estamos todos pringados. Culturalmente, en las drogas, no es una enfermedad cualquiera. O sea que los médicos, hemos defendido una...que, que como esto ya es una enfermedad, esto es un Habeas Corpus para este señor, que me lo trate usted de tal manera, no me lo....

1: ...me lo machaque.

E7: ... me lo machaque porque ha habido una movida policial. Entonces, pues, hasta que eso lo, hasta que hemos cambiado esas cosas...

1: Eso sería como el SAJIAD, ¿no? Es decir como esa institución que está de parapeto entre lo judicial y lo médico para estos casos...

E7: Entonces, el SAJIAD intenta los aspectos sociales de las personas. Ver el contexto. Entonces, claro, nosotros, por eso te decía: con el tema holista, que tú dices...bueno, yo soy bastante escéptico. O sea, que yo te digo que soy terapeuta familiar pero soy muy escéptico.

1: Je, je.

E7: Pero digo, digo: Hostias, pero que esto funciona, ¿sabes? Digo ya en plan garrulo. ¿Por qué? Hombre, porque he cogido a gente, la he metido en los pisos, sin saber muy bien lo que hacía, les he sacado de fin de semana y han dejado de consumir después de veinte años de consumo, después de veinte años en la calle; y, entonces, yo digo: que en vez de tanta chorra psicológica, tanta charla psiquiátrica, a este tipo le doy un bocata, le doy un techo, le doy una habitación y una cama; y el tío se queda más ancho que la hostia. Así de simple, ¿no? Porque estás...no exagerando de un lado, sino que estás viendo la, el conjunto. O sea es como si compras un abrigo de visón y no tienes para comer.

1: Es la idea de la integralidad, ¿no? Es decir, hay que detectar o ver que tecla es la que no suena porque...

E7: Y el equilibrio.

1: ...realmente se incide sobre una. Por ejemplo: La drogas. Pero a lo mejor no es el detonante.

E7: Claro, claro.

1: Sino que es un efecto de una causa anterior. Es decir...

E7: Claro, claro. Y qué es lo hay detrás, ¿no?

1: Ajá.

E7: Y qué es lo que hay detrás.

Lo sistémico en salud mental, conceptual y muy social. Porque se metió en los ghettos, en Nueva York. Y en las ciudades europeas. Entonces, ahí, en ese lío pues está el hecho de decir “hombre, un-momento-que-aquí-en-estas-casitas-de-cuarenta-metros-cuadrados-que-hay-ocho-personas-tengo-tres-psicóticos,tres-alcohólicos-etc-etc...Claro, porque el contexto sí que tiene que ver. Entonces nosotros, de hecho, los muchachos, ¿qué hacemos fundamentalmente? Pues una habitación individual para que tengan una intimidad. Terapéuticamente es justo lo contrario que hacen los psiquiatras o los psicólogos. Yo cojo, te pregunto de todo, te invado: cuándo has nacido, cuándo ha sido el último pedo, tu madre, tu no se qué, tu padre, que si tu hermana, que si tu novia, que si eyaculas que si no eyaculas...te lo pregunto todo y me entero de todo. Y te vigilo. Todos los días. Claro, eso en la vida no es así.

1: En cierta medida es como desposeer al individuo de su...

E7: ...identidad. De su identidad.

1: Que reconozca que estaba equivocado para que una vez que ha...penitente, reconoce la verdad del Padre...

E7: Claro. No. Y que mezclas unas cosas con las otras.

1: Ajá.

E7: No. Te quiero decir... de repente tienes un problema de heroína y lo mezclo con que tu padre yo que sé...por ejemplo...en un momento, eh... Déjese de rollos porque no. Este señor es alcohólico y se ha acabado, se ha acabado....y entonces, el tratamiento es esto...

Y, entonces, las lecturas que han hecho han sido negativas hacia la persona, también, terapéuticamente. Han sido negativas.

1: ¿Como que tiene una falta?

E7: Como que tiene una falta, como que es vicioso, como que eres malo... “Tú-eres-malo”. No es que estés delinquiendo porque lo necesitas, sino que es que tú delinques. Entonces es....mmm.....otra puntuación de la persona. Siempre en negativo: me quieres engañar, me quieres... Entonces al final, el señor, claro, se defiende y engaña, claro. Porque si le vas a putear por una serie de cosas...te oculta...

1: Se ve avocado a ello.

E7: Claro. Es un círculo vicioso. Entonces, por eso te decía: yo desde una perspectiva casi aprofesional, pues realmente hemos tenido resultados que los técnicos no han tenido. O sea que las redes de drogas los-no-sé-qué, los-no-sé-cuánto...pues resulta que cuando han tenido a estos...enfermos...no tienen resultados. Se van. Los enfermos se van. O les agreden. Tienen problemas de violencia con estos enfermos. No entienden el tema, ¿no? Y yo, pues, es como si meto en una jaula de leones y no tengo ningún problema. Como el Cocodrilo Dundee, ¿sabes? Porque les entiendo. Y, entonces, no entiendo muy bien los problemas que tienen ellos y no entiendo lo que yo hago. Pero sí que hay una perspectiva muy diferente.

1: Os entendéis, ¿no?

E7: Sí. Y no es una... La relación que nosotros establecemos, por eso, no es ni de superioridad. Tenemos cuidado, porque nos hemos dado cuenta que son más listos que nosotros por no hacer el tonto... ni de perrerías, ni de sometimiento. Sino de ciudadanos o clientes. Y creo que esa tontería, así tan importante, para empezar a hablar, es fundamental. Porque sí que es cierto que hay tensiones. Siempre...

1: ¿Pero siempre entendido como una idea de usuario o no? Usuario de servicios.

E7: Pero en la palabra usuario tal, me voy al cliente.

1: Vale, vale.

E7: Porque el tema cliente comercial es un concepto bueno porque es el concepto de que yo estoy viviendo de venderte a ti algo. Sin embargo yo como médico, soy un funcionario que cobro y, de repente, estoy aquí como que tú eres un usuario, eres “un barra” como decían aquí cuando yo llegué, aquí en Madrid...y me das trabajo, me pones pegas y nosequé y estoy harto de ti. Y, entonces, No. Usted está viviendo de este tío. Entonces, este señor...claro, lo que pasa es que como este señor no le paga, pues entonces usted ya no es simpático. Entonces, si este señor le pagara...es así de triste.

1: Se diluye la...

E7: Sé más simpático. O sea, si este señor se fuese a la privada, tiene otro comportamiento.

Entonces, son de estas cosas tontas que los sistemas tienen. Fallos y si, de repente, desincentivas al nivel que ha desincentivado ahora mismo el Insalud...se ha caído. Se ha caído toda la estructura. Es una cosa ya que un poco... la crisis que, en general, en las que estamos. Cuando hay una pérdida de valores. Porque la generación de médicos de los años...setenta, que soy yo... Yo es que soy el malo, ¡je!... esos tipos curraron mucho. O sea, te lo digo porque lo he currado yo, ¡je! Esos tipos sí que se lo creyeron y curraron mucho. Pero claro, ahora mismo, cuando lo han visto, cuando han visto lo listos que son los de arriba, las irresponsabilidades y el desgobierno...la gente está ya...y como los están exprimiendo como limones... pues hombre, la gente está ya un poco quemada, ¿no?

1: ¿Y por qué eso se traduce en una falta de empatía o de profesionalidad y no en una especie de denunciar o de evidenciar eso que está pasando? Es decir que gente que está más arriba...

E7: Bueno, porque hay que... es que está ahí la cosa del que habla, a veces es que sale perdiendo. Claro...

1: Cortan las cabezas, ¿no?

E7: El sistema ya...funciona. O sea, funciona para que siga así. Y entonces, ¿qué pasa aquí que sigue esto así? Ah, bueno, es que, entre otras cosas, el que tiene que vigilar resulta que está mirando a otro lado. Claro, si el que vigila está mirando a otro lado, está dando, incluso, hasta malas directrices y mal ejemplo, como diríamos antiguamente, pues claro, con este ejemplo a lo único que va a impulsar es a trabajar menos y a robar. Y eso no te voy a decir que lo haga mucha gente. Hay mucha gente que, gracias a dios, por eso las cosas funcionan...pero hay mucha gente que no...Entonces, claro, eso es mucha sangría para un país.

Bueno, yo, pensando en lo que decías del holismo en drogas y de salud mental, ¿no?, y el contexto; pues en drogas, verdaderamente, al final, lo que yo, también, me he encontrado, que vengo del VIH, después drogas y después pobreza; y, entonces, pues ese aspecto social es el que verdaderamente en Europa, ahora mismo, está cantando. Porque si te fijas, los fenómenos que se han producido en Túnez o en Egipto y en Francia, en los años pasados en los barrios periféricos...

1: Sí, en las banlieues...

E7:son similares. Y aquí en España han pasado hechos. Lo que pasa es que no se han desencadenado las cosas porque la gente está muy bien aborregada. Técnicamente aborregada. Lo están haciendo muy bien. Entonces, en definitiva, en Túnez hubo un tipo que se quemó. ¿Por qué se quemó? Pues porque... ¿sabes?

1: Sí, claro. Porque no podía más.

E7: Porque le quitaron el carro de fruta con el que estaba vendiendo ambulante, ¿no? Le fueron a la Policía y le escupió. Y este es el detalle. Porque ya le habría escupido cincuenta veces, claro.

1: Pero ya dijo basta, ¿no?

E7: ¡Claro! Y, entonces, eso es lo que estamos haciendo nosotros ahora mismo con la Policía; delante de mí es lo que están haciendo delante de nuestros muchachos. De repente dices: "¡OH! Os-mando-a-los-de-París. Queman-coches, ¡pero-que-barbaridad!, ¡que-desorden! ¡Con-lo-buenísimos-que-somos! ¡Esto-es-Occidente!".

A un rumano le han roto un cristal en la cara. Le han abierto una brecha aquí. Sangre por el otro oído. El otro día. A otro: le cortaron, le quitaron los siete botes de metadona que llevaba y el tratamiento antirretroviral; lo cual es un derecho. Y allí no hay. Y allí no hay.

1: Cuando allí te refieres a...

E7: Rumania.

1: Rumania.

E7: Estamos haciendo deportaciones forzosas, con unos escrúpulos, así, un poco así. Y con una policía que parece nosequé... Pero resulta que esto es un Guantánamo. Y, entonces, resulta que "yo-no-te-curo", "¿Cómo?". Y, entonces, en nombre del ciudadano, en nombre de la democracia, en nombre de que soy un presidente guay, nosequé, no-se-cuántos...lo que verdaderamente están haciendo un trabajo sucio que te cagas. Y una represión, impresionante. Ehh...hace una semana se ha matado un recluso en la cárcel, ¿lo has visto?

1: ¿En Italia?

E7: No. Aquí.

1: No.

E7: En Extremadura. De una paliza.

1: ¿Era un menor o...?

E7: No...No, no. Un chaval de veintidós años. Un chaval de veintidós años.

Y el otro día, a otro en la UVI, eh. Un policía municipal de, de San Sebastián de los Reyes. Yo incluso dices: hombre-cuando-los-mendaces-estos, de-repente, se-rebelan, ¿no-estará-pasando-algo?". Entonces por eso llega un momento como está pasando, de alguna manera, también en EEUU. Y es que, de repente, los delincuentes, que también tienen su ética, están por encima, moralmente, de los políticos.

1: Un poco Robin Hood, ¿no?

E7: No, no. Es el movimiento que está habiendo en EEUU con el Hip-Hop. Que de repente se han hecho líderes populares, gente que son delincuentes de talego, vamos. Y el consumo de drogas y tal... “pero-tronco, pedazo-de-meapilas, si-eres-un-hijoputa. Te lo voy a cantar aquí al son de, al son de...”

1: Es la idea de denunciarlo, ¿no?

E7: Sí, sí...

1: Más allá del vehículo de expresión.

E7: Pero EEUU va, lleva veinte años de, va años, en algunos aspectos. No es que sea mejor, pero en algunos aspectos van muy por delante de nosotros. Socialmente...

1: Si. Hombre, es un buen laboratorio social, ¿no? Mucha gente, mucha variedad...

E7: Claro. Y en el tema de los ghettos urbanos van veinte años por delante de nosotros. Tienen mucho ghetto. En todas las ciudades, tienen ghettos. Hay una pobreza que nos han ocultado. Entonces, claro, la falla del sistema, en efecto, es la pobreza. O sea, lo que usted me decía que era fantástico, vuestra máquina...los rusos, los comunistas con que su modelo era cojonudo; los capitalistas que el suyo era más cojonudo. Sí, pero a nosotros nos estaban engañando como a chinos. Ni más ni menos. Absurdamente. Y en EEUU hay un nivel de pobreza eh, eh...brutal. Y, entonces, los tipos han exportado un nivel de represión. Nos lo han exportado: Europa no era América, no tenemos sus ghettos...Entonces, pues las actuaciones son muy brutales. Y, entonces, ahí, el tema es que en esta cosa de atención al drogodependiente, de repente, creo unas bolsas de cientos o miles de personas en las calles, la gente no lo reconoce, los albergues dicen que no son suyos...en Barcelona no admiten a los yonkis en los albergues....los de drogas tampoco dicen que son suyos y ahí se están, ahí se están pudriendo. Entonces, aparecemos nosotros. Aparecemos con unos pisos y dicen “aivá, pero-si-no-era-tan-difícil”; pues claro, ¿no ves que se estaban muriendo? Si los pobres ya...

1: Por ejemplo, esa ma...esa manutención en el tiempo de los pisos, ¿está condicionado a que esa gente que no lo ha visto y que ahora lo ve, diga o mantenga esa subvención o...ese soporte económico?

E7: No. Te cuento. No. A nosotros nos han cortado el cuello la Comunidad de Madrid. Nos ha cortado el cuello por decir esto: que no había recursos para el alojamiento con asociaciones y tal. Teníamos un recurso con la Comunidad de Madrid y la Esperanza Aguirre nos cortó el cuello...Lamela. Lamela le cortó el cuello al Montes y a continuación, a nosotros. Porque no podía ser. Pero, al final, lo que pasa es que los hechos se imponen. Y las cosas se pueden tapar un año, dos años y tres años...pero no treinta, ¿sabes?

Que tú a... un niño. Le puede engañar a un padre con las notas dos meses. Pero al cabo de los cinco años, dices: “pero-hijoputa-ni-te-habías-matriculado”, ¿no? Entonces, esto es lo que les pasa a esta gente, ¿no?

Por último, su modelo no funciona. Se cayó su modelo libre de drogas porque era un desastre y, entonces, tuvieron que dar metadona. Luego, pues, tendrían que dar heroína por qué no...claro, ¿por qué no? O sea, la heroína eso que yo como psiquiatra y como médico tengo distintos medicamentos, distintos antibióticos... y yo en drogodependencias no tengo, en España, nada más que metadona. Y ahora brupenorfin. Pero no la puedo dar. Y no la puede dar cualquier médico. Y esto, ¿por qué es? Y al final, el señor drogodependiente no ha tenido sustancias. Porque ha habido intereses: de los médicos, de los políticos y de todos, ¿no? O sea que cosas se...ehh...está...que medicina es esta que yo no tengo codeína, no tengo morfina, no tengo heroína...La codeína va muy bien.

Y entonces, pues eso, lo ves la cosa y...ehh... qué raro es esto. Entonces, claro, eso se salda...entran los tíos a cuchillo, imponen las cosas por las bravas...ehh... “Positivo [Asociación]: fuera. Expulsao-de-por-vida. Aquí-no-vuelves-en-tu-vida”. Y la gente no vuelve, claro. La gente ya conoce eso y la gente se queda en el poblao. Prefiere. Porque las personas somos muy dignas. Preferimos morirnos en un momento determinado antes que someternos a ciertos gilipollas. Integrales. Porque en esta sociedad hay personas que son muy desagradables. Y que humillan a la gente. Muy correctamente, pero que la humillan. Sean policías...basadas en su poder de la Institución. Soy Médico, soy Policía y yo en mi Centro y en mi Servicio, me crezco. Entonces, esa gente se crea en los poblados. Todos tan contentos: los trabajadores porque estos tipos que les dan la lata pues ya no se la dan; los traficantes, pues también; y los policías pues dicen “pues-bueno-ya-los-tengo-ahí”...

1: No hacen falta que vayan ya. Cogen dos, tres y...

E7: ...Y se va muriendo. La idea, además, la idea que tenemos es que se morirán. Es una solución. Y luego nosotros decimos “¡OH,-por-favor!-Cómo-me-preocupan-estas-personas. Hay-que-hacer-algo-por-ellos.” Cuando toque decir, lo digo. Hum...jeje. Y, entonces, un poco por eso, sin quererlo ellos...porque tampoco es que sean malas personas, eh. O sea, la gente de los...aquí una persona mala, mala persona no hay nadie. Pero al final, te ha surgido aquí un monstruo y dices... ¿pero los niños estos? Pues de repente el niño este que paga; nadie quería que pagara el niño. Eso te lo digo. O sea, pero yo sí que veo esa ceguera. Entonces, ese, esa presión, ese abordaje policial, ese abordaje de no atender a la gente, ese abordaje socialmente de salir un tío del talego...

...joder...y no darle una casa si no tiene familia, si no tiene ingresos... sale del talego un tío extranjero, sin documentación, sin dinero y sin nada. Y entonces, pues: “¿qué-vas-a-hacer?,-¿le-pago-otros-veinte-años-de-cárcel?-¿Yo?-Ciudadano-que-me-cuesta-veinte-mil-euros...”, ¿sabes? Es que ya estamos en un punto tecnócrata que ya tenemos deshumanizado...que tenemos que coger y...”ehh,-oiga-que-a-mí-me-da-lo-mismo-este-hijoputa.-Pero-que-me-está-costando-veinte-mil-euros.-A-mí-que-me-cueste-menos-de-eso”. “Este-es-un-drogadicto. Este-es-un-gilipollas. ¿Es-un-drogadicto? Pues-que-sea-un-drogadicto.-Pues-ya-se-aburrirá...”. “¿Ha-metido-usted-a-los-alcohólicos-en-la-cárcel?-¿Se-le-ha-ocurrido-a-alguien?”...Pues no lo sé...

1: Sí. Luego, por ejemplo, eso: tanto el VIH como la droga, ¿no?, se dan auspiciados por una, una cultura del miedo, ¿no?, tanto ser un yonki como ser un sidoso; está ese prejuicio/estereotipo...

E7: Hay una exclusión por la mayoría dominante. Sí. Y sigue habiendo.

1: ¿Cuánto queda y cuánto...qué es lo que lo hace...?

E7: Menos en VIH. Menos en VIH. En drogas, todo. En drogas no puedes decirle a nadie si quiere en el medio laboral...O a nivel de amigos, amiga, pareja...de repente decirle que tú has tenido un problema de consumo de drogas. Mejor que se lo digas más adelante. O yo que sé...

1: También hasta qué punto, es decir, todo el mundo puede tener...

E7: En ciertas personas.

1: ...quiero decir, todo el mundo puede tener un problema de drogas. Pero nunca queda bien decirlo. Todo el mundo puede consumir, por ejemplo, cocaína pero jamás nadie dirá, anónimamente, yo consumo cocaína, ¿no?

E7: Pero sobre todo laboral. En lo laboral...entre tus amigos...todo el mundo...pues... lo sabe.

1: Claro...

E7: Pero en público...no. En público no. O sea, se está metiendo... ¿Cuántos políticos hay consumiendo cocaína?, ¿cuántos políticos se han enganchado? Muchos, muchísimos.

1: Sí, bueno. En Italia se hizo un estudio...bueno, un estudio...metieron a unos reporteros a hacer un análisis de cocaína en los baños. Y salieron resultados...

E7: En todos los parlamentos. En todos los parlamentos ha dado positivo. Ha dado positivo en los billetes de....de...en los billetes de...Se sabe que España es el país con más consumo de coca del mundo. ¡Hombre!

El otro día en Zaragoza o no sé en dónde que eso era un escándalo. Lo saben. Pero, de repente, estos señores dan dominado los Medios. Dominan los Medios y son capaces de manejar... [Pausa]...las conciencias de las personas.

1: Claro porque alguien que se cree poseedora de que realmente tiene los medios para decir que dice la verdad, ¿cómo demuestras que no puedes o que no tiene la verdad? Es decir que realmente: vale, puedes tener algo de razón; pero hay otras cosas que evidencian que no tienes la verdad.

E7: Nooo...pero.....el problema de es si la persona... ¿Desde dónde se habla? O sea que, yo, por ejemplo, tengo un problema continuo, eh.

Te pongo un ejemplo: enfermera. En Cuenca. En el año 2000. Una enfermera. Veintidós años. Su primer trabajo. Yo no sé si había echado un polvo en su vida. Llegó yo allí “de-La-Rosilla-ya-tal-no-se-qué”, harto de la vida, y que, de repente, había ido a dar metadona y resulta que los tipos estos no subían la dosis si no dejaban la negativa en cocaína. ¿Pero qué tendrá que ver una cosa con la otra? “Pues a mí me va muy bien”.

Es cuando esa persona dice “yo-con-veintidós-años-mi-primer-trabajo-lo-sé-todo”; yo con esta persona no tengo ningún argumento para, para hablar, ¿no?

Luego, ya, pues en sitios científicos que hay que defender las cosas.....Pues ahí es donde también ha habido una mayoría, eh. Culturalmente una mayoría. Y el defender, por eso, el defender las drogas y tal...esto no lo defiende nadie. ¿Atención de qué? Atención total. Que hay que atender a la gente...Claro, entonces, el penetrar esa ignorancia es la madre de todas las batallas, eh. El penetrar ese, esa, esa ignorancia, esa seguridad de que están...el señor que mata por el Bien, vamos. O sea que “le-estoy-matando-por-el-bien-de-la-Humanidad”. Entonces pues dices “mate lo mínimo, por favor”. Jejejeje. Mate usted lo mínimo. Ya sabemos que usted es superbuenísimo y entonces, pues eso.

Esas perspectivas son muy manipulables. Yo, ahora, me he vuelto a releer, pero releer sólo muy poquito, un diario...un libro que tenía en mi casa...que era el diario de Goebbels. Entonces resulta que ¡Hostias!, pero joder: el tipo había estado en siete mil ciudades, en la última en Heidelberg. El tío era, seguramente, un cerebrín. Y, entonces, dice ¡Pas!, en cuatro renglones. El tipo se hizo con el poder y eliminó a los comunistas. ¿Cómo lo hizo? Ahh. Pues como está haciendo ahora todo el mundo las cosas. Como él dijo. Es sorprendente. Además, incluso, lo dijo. Pero no con argumentos fútiles. No, no. Con argumentos groseros. Esto es lo que funciona. Y, además, como lo de Bush con lo del Hassan Hussein: le fabricas un esto...que tiene armas químicas....y, entonces, fue lo que hizo Goebbels con los rusos: que había habido abusos de menores alemanes y tal en zonas comunes...

1: Sí, generar una especie de demonio, por decirlo así. ¿No? Es más fácil atacar al demonio que al buen samaritano...

E7:a ti lo que te interesa decir es que ese tío es un hijoputa, un ladrón y un asesino. Y, entonces, tú ya aquí se pone esta que te cagas...sin saber nada, ya, te mete un navajazo. Es eso, ¿no?

1: Hombre, pero lo que vemos es eso que hay como unos saberes que intentan decir lo que son las cosas...pero bueno, con la experiencia...yo que sé...en España, por ejemplo, la idea de Madres contra la Droga lo que sirvió a demostrar es eso que decís ahí vosotros que es un yonki, es un enfermo, es un peligro social...y, realmente, lo que es, es una persona que sufre y es mi hijo, ¿no? Es decir...ya pensando, también, un poco, en el escenario futuro, ¿no?, de “en el que nos gustaría trabajar” o como donde se comprendiese esta problemática....

E7: Sí, pero es eso. Hay una...caugh, caugh...hay un problema, crónico, gravísimo, en toda la sociedad democrática de Occidente a la manipulación de la mayoría social.

1: ¿A la manipulación social?

E7: Claro. A la manipulación de toda nuestra cultura, de todo lo que usted está percibiendo...ya no sé lo que percibo...Y, entonces, es ahí ya cuando ya ni sé ni no ni ná...aquí cuántos saben, cuántos tienen...porque esto ya llega un momento que es que...que tú...porque, claro, eres inquieto y “esto-a-mí...”

Yo, en la época, en los años, en el año sesenta y ocho, yo tenía diecisiete años. Entonces, en esa época, pues en la universidad estábamos en plena ebullición. Y, entonces, pues lo que te decía: yo leía el periódico, todos los días, como un señorito, en mi casa, el ABC que era el que teníamos. Sí, pero yo he estado en la universidad y me veía las movidas que te ponía el periódico y decía...y ya la cosa estaba clarísima, ¿no? Había que leer entre líneas. Entonces, pues ya, tenía una cierta percepción de engaño. Y entonces, yo no sé, ahora mismo, si la gente es que no sospecha. Ahora parece que la gente está aterrizando un poco... ¿Y es que se creían que estos eran honestos? ...¿y se lo siguen pensando? Yo no lo tengo muy claro. Si esto va en serio o no. ¿Se lo cree la gente? Después de...ahora...vamos...pues vamos dados...Que ya...sí, sí...no, no... te has presentado con cien tíos procesados, macho. Que estás diciendo que tú no, que tú corrupción no. Y, ahora, te presentas con cien tíos procesados. Y ahora, ¿qué dices? No... Si hay alguien que se lo cree que sea, mínimamente, con un nivel de con....objetivo. Objetivo.

Ah, que usted quiere creer en dios. Hombre, es que yo no creo en dios. Cuando tuve uso de razón dije “fuera de aquí”. Entonces, ahora, ¿me tengo que comer esto? Hombre, esto es una comedia chusca. Como que yo soy libio y me tengo que comer a El Gadafi...Pues bueno...me lo como tío. Pero que ahora usted me quiere dar de comer aquí al Aznar, a la Botella y al Zapatero...que es más presentable, aparentemente. Pero lo que hay debajo de Zapatero.....porque a los otros les gusta el dar caña, ¿sabes lo que te digo? Pues resulta que este tipo nos ha vendido, eh. Cuidado. Los sindicatos nos han vendido, los socialistas nos han vendido a nuestros bancos tan estupendos y maravillosos y, entonces, para eso no necesitamos a unos socialistas, macho. ¡Hala!, que tú cojas y que hagas de parte del Estado lo que te ha dicho Bus...el Obama, en definitiva. Y lo que le han dicho al Obama, el Goldmann-Sasch, que coja y le dé la pasta a los bancos...pues para que me hagas eso...Para eso no necesito que seas socialista.

1: Ni cada cuatro años, ¿no?

E7: Y si yo voy a esperar al día de mañana...mira tío, yo ni espero ni nada. Iros todos a tomar por culo. Todos.

A ver, ¿más preguntas que tengas por ahí?

1: No, bueno...simplemente eso...Pensando un poco cómo se puede mejorar, por dónde tienen que pasar las claves para que no haya manipulaciones...es decir...ehhh, bueno...

E7: Soy escéptico.

1: ¿Soy escéptico...hehhehe...

E7: No. Es que el sistema funciona así. Estás cosas que te estoy leyendo se repiten en distintos autores.

1: Pero...

E7: O sea: que son poco originales mías. Si te lees a Einstein, si te lees a Einstein que yo me lo estoy leyendo últimamente y estoy sacando frases tuyas...Es así de sencillo, por desgracia. Y, por desgracia, pensar que, de repente, yo voy a poder, aquí, no sequé contra qué del mundo y que tal y que cual....Aquí ya hay tal nivel de poder, tal nivel de abuso que, sinceramente, si yo me creo como ciudadano que pueden cambiar las cosas y no sequé... pues también me creo que esto va a pegar el pedo. Y esto sí que va a ser el cambio.

1: No, pero yo...o sea cuando...

E7: O sea, soy muy escép...muy negativo en todo el sistema este que hay aquí montado y de dinero....

1: Hombre.... Viendo como funciona lo político-técnico tampoco hace falta pasar tanto por lo político-técnico como sí por la base social. Es decir: cosas que hacéis vosotros evidencian que se pueden hacer las cosas de otra manera y que, realmente, esas otras formas pueden ser mucho más.....precisas...

E7: Hombre. Einstein... El tipo decía que, de repente, en relación a esto, que, de repente, por primera vez con el rollo este de la II Guerra Mundial y la bomba atómica...la peña dijo: "¡Hostias!-Que-nos-quedamos-sin-mundo"...y, de repente, por primera vez entre los Estados comenzó la cosa de la cooperación. Lo dice él. Bueno, yo que sé, ha habido alianzas toda la vida... Pero bueno, dice lo de la cooperación. Bueno, sí que es cierto que ahora mismo estamos un poco que estoe s un fenómeno positivo. Aunque sea un poco hipócrita, porque luego les vendemos las bombas de racimo o lo que sea, ¿no? Pues los superhipoputas estos...es que ha sido súperhipócrita porque, por una parte, nos han engañado a una parte de la sociedad que nos parecía que había unas pobrezaas...

1: Sí. O el "No a la guerra". Ciertas injusticias que...

E7: ...Brutales. La situación de pobreza de África, pues es brutal y, entonces, ha habido una gente que ha dicho que tal, oye tío que tal... El programa de Bush de antiretrovirales es el programa sanitario más importante de la historia. Entonces, el tema de esas desigualdades, de repente, yo sí que me parece que bueno... porque también ha habido una situación de riqueza en Occidente. Si no hubiera habido una situación de riqueza en Occidente pues no habríamos pensado en darle nada a nadie, ¿no? Pero eso sí que me parece una cosa muy positiva. Y ha salido de la gente. No de los políticos, eh. Del padre Ángel que se ha ido a no sé dónde, del médico que lleva cuarenta años atendiendo a niños....ya, por último, hay una asociación de médicos y una asociación, como nosotros, de cuarto mundo....Entonces, esas cosas...Hoy venía una encuesta de credibilidad por parte de la población y a las ONGs nos ponían muy bien. Yo me creía que nos ponían mucho peor. Ponía un seis. Un seis, ¿no? Una nota de un seis. Y, entonces, pues, verdaderamente, pues el tema este de la manipulación...es el poder. Y ese era el tema de Goebbels. O sea: el poder es la comunicación. Ya no es ni la, ni el mismo ejército. El mismo EEUU antes tiene que dar una guerra mediática que meterse en una guerra. O sea, esa guerra es la que tiene el ciudadano totalmente perdida. Porque no se puede mover nada. Y, bueno, ahora el Diagonal va bien; les hace cosquillas. Una minoría, ¿no? Pues, entonces....además esto es una democracia....Yo domino los Medios...a votar...o gana uno o gana otro. Siempre ganan. La banca siempre gana. Gane el PP, gane el PSOE...la banca siempre gana.

1: Los drogodependientes, como se quiere entender a esta población con consumos, más o menos riesgo... ¿crees que podrán, alguna vez, levantarse y reivindicar lo que es suyo? Porque, en el fondo,

la idea de la droga es la experimentación dentro de tu propio cuerpo de otras realidades, ¿no? Es como la idea de la revolución pendiente, ¿no? La revolución...

E7: Eso, eso fue al principio, eh. Y eso fue la élite. Luego, los muchachos, ya, en el poblado es que ni piensan, ¿sabes lo que te digo? Están enganchaos en esa....que no... ni saben la parafernalia de la mística de las drogas. Que tuvo su maravilla y su estado...pues eso cambió con el, con el...acanallamiento. Pues porque se ha puesto todo muy, muy duro, ¿no?

1: Eh...mmm...volvemos otra vez, un poco, a circular la idea de que la droga es una cosa viva. Es decir: se dio de una forma, se desarrolló de otra manera, influenció de otra manera aún y, aún, está por ver de qué forma va a seguir desenvolviéndose o desarrollándose, ¿no? La droga no está...

E7: No, no. El problema no está resuelto.

1: Por eso, por eso.

E7: El problema...la política de drogas es un fracaso. Y a ver qué hacen. A partir de ese fracaso...sería lo contrario.

1: ¿Tú crees, por ejemplo, que la gente que ha perdido a sus familiares por el tema de droga podría plantearse denunciar...no sé a quién...pero sí denunciar...

E7: Bueno...Y entonces estabas diciendo si aquí...nosotros somos una asociación de exdrogodependientes o de drogodependientes. Porque a mí cuando me echaron de ApoyoPositivo me ayudaron los positivos, que eran consumidores de drogas. O ex consumidores. Luego, otros, han consumido o no. Pero eran ex consumidores y entonces ellos...

1: En la página sí que sale esa información de que junto...

E7: Claro. Y entonces yo ahí tengo esa información y tengo, entonces, esa otra versión de lo hechos. De primera página. Y entonces ellos ahí sí que fue unirnos para reivindicar su situación, ¿no? Entonces, a partir de ahí, pues fíjate, hemos encontrado, hemos recorrido un camino no deseado. Porque resulta que estos tres no eran tan malos ni se tenían que morir; sino que resulta que hay que atenderlos. Y eso es ahora mismo lo que se evidencia en toda la unión Europea. "Hay-que-atender-a-la-gente, macho. No darles-caña"...." ¡Aivá, qué-problema!...Porque, entonces hay que parar las máquinas, toda la policía esta que tenemos...entonces, ahora, albergues...."

Gallardón ha dicho el otro día que quieren hacer una ley...pero si no hay albergues en España.

1: Ni plazas...sí, sí...

E7: Si no hay albergues.

1: Pero por ejemplo eso...es siempre la cuestión, no hipócrita pero sí de doble filo. Siempre, ¿no? Un poco así de...

E7: Sí, sí. Hipócrita total. Lo saben todo...

1: Se dice que hay que atajar los problemas, que hay que solucionarlos....

E7: Que son un gran problema, que...

1: ...sin embargo, se genera un cultura del miedo a la droga, el no a la droga, de...pues eso, marginalidad...y lo que realmente es...eh... hacer y deshacer la casa constantemente.

E7: Entonces ya has visto que Felipe González... dos ex presidentes americanos. Dos. Uno de Brasil y uno de México han abogado por la legalización...

1: Sí, bueno. Escritores como Vargas Llosa, por ejemplo también...

E7: El mismo Vargas Llosa. Milton Friedman...

1: Sí bueno...hay gente que incluso...

E7: ...ehhhh...mmmm... ¿tú eres tonto? O qué te pasa, macho.... eh....meter a las putas en la casa...jejeje....macho...metemos a medio planeta en la cárcel...

Entonces: ya hay voces....Entonces los cínicos estos de la ONU dicen “hay-voces-que-se-levantan...” ¿Voces? ¡Hay medio planeta, macho!

La Conferencia de Viena ha sido el año pasado y se dedicó a...a las drogas, al SIDA...Pues, entonces, el lance de Julio de dos mil diez, que es interesante, está dedicado a, simplemente, a la no culpabilización y hostilidad y tratamiento punitivo al drogodependiente desde la institución que le humilla, que le exige... Yo te empiezo a exigir que me traigas la documentación, que vengas a esta cita, que vengas a esta otra a los ocho de la mañana...

1: ¿Cuánto reproduce esta institución el estereotipo del drogodependiente? Es decir: bajo una idea de romper esa barrera que es la drogadicción, o la adicción o.... pues eso, el reduccionismo...ellos lo que realmente siguen haciendo es reproducir, o producir más estigma. Es decir: “vale, sabemos-que-tienes-un-problema. Vamos-a-curarte. Pero-siempre-desde-nuestra-definición-de-lo-que-tú-eres”...Es decir: una persona que no es capaz de controlarse a sí mismo.

E7: Ahora mira. Ahora que me dices esto caigo yo... porque en el tema del Proyecto Hombre, pues, el problema que tienen es que, efectivamente, es “que-eres-malo”. Entonces, efectivamente, le lavan el cerebro y, efectivamente, cuando estos muchachos recaen...porque yo tengo un conocido que ha recaído...se da una hostia horrorosa. Horrorosa.

1: Sí. Es como volver a pecar, por decirlo así.

E7: Sí. Y entonces no levantan cabeza. Esto es lo que es, tío. Esto no es el demonio. Esto es la coca. O el caballo. Y esto es lo que hay y tienes que saberlo...y tienes que saber que éstas son tus armas. Y, entonces, no refuerzan a la persona, sino que la culpabilizan. Es una cosa tan básica como esta. Y, claro, usted lo que quiere es ponerse por encima de este señor y, por último, dejarlo...usted y la sociedad. Y ya que ahí usted, vea...por ejemplo ahora tenemos un programa, el SAJIAD. Que son muy fachitas ellos, no te creas. Entonces, bajo unas cosas aparentemente así, pues de repente te están haciendo unos trabajos voluntarios; obligatorios. Por otra parte a los reclusos en tercer grado, no sé qué grado... ¿de voluntario con nosotros? Pero para que vean el mal que han hecho ellos como traficantes de drogas...O sea, es la moral más puritana que haber pueda.

1: Ajá. Pero mientras que no te pillen, no va a haber nunca un problema, ¿no? También es la visibilidad, ¿no? Del problema. Es decir quien tiene o quien tiene las marcas físicas, sí que se le va a decir...o si se le pilla traficando sí que se le va a decir...

E7: Entonces pues nadie los defiende. Y lo que no se defiende, se margina. Porque si en tal...como no hay una...y entonces pues eso, los mismos médicos con la morfina pues yo creo que teníamos unas ideas muy erróneas. Hace ya años, fíjate, de hace diez años...no hace cuatro... los están matando. Oiga, están matando personas enfermas en un hospital...eso lo sabe todo el hospital, oiga...que...no... Por favor, pero si eso era un escándalo, oiga...tendrían que hacer una unidad de paliativos en Urgencias... Manda cojones. Claro que te dice como está la situación sanitaria del país, ¿no?

Entonces, el señor ese que es sensible....se repite la historia: es perseguido por el sistema. Por eso cuando tú me dices: "Oye, pero-aquí-qué-pasa. Esto cómo..."; pues yo digo: mira esto está jodido. Está jodido porque además, la gente está muy aborregada y es muy cobarde. Nosotros tuvimos un trabajador social muy bueno, que me gustaba a mí mucho; hicimos un documental y, entonces se jubilaba y tal...e hizo unas declaraciones. Y, entonces, resulta.....Tú fíjate las presiones que le harían en el trabajo, ya se jubilaba después de sesenta y cinco años, que dijo "por favor, no me saquéis".

Las presiones a nivel personal son, ahora mismo...o sea que tú, ahora, un funcionarillo dice no sé qué, le llaman a la presidencia y el ponen como en un careo de policía. Métodos que no son nada limpios. Por eso te decía: lo de Guantánamo, hoy en día, existe. Delante de nuestras narices. Y tú dices: venga, ¿cómo es posible que aquí nadie hable? Porque ¡Cuidado! Que aquí habla alguien y de repente se saben muchas cosas. Es que aquí nadie habla, eh. Como si te digo hablar, te digo de la corrupción.

1: Es eso: evidenciar...

E7: No te digo nada de drogas y eso. No, no, no. Yo digo en general. Que de repente, ¿conoces algún ministro que haya caído? Pues ministro que haya caído así por algún escándalo, no le ha llegado a salpicar. Lo han parado. Aquí se ha parado todo. Por eso te decía: Hombre, si entonces la Justicia falla, si los medios de comunicación fallan, si los políticos fallan...mmm...pues hombre, las cosas no son como nosotros nos creíamos...

1: Entonces, ¿qué solución esperas?

E7: No, yo ya te lo he dicho que soy muy escéptico. Ya te digo que en este ámbito tuvimos contestaciones muy buenas. Y son buenas porque son cosas de cuarenta y cinco, cincuenta años y es una descripción de la situación social que es la misma. Que hace una descripción muy buena de los poderes... No es discutible. El dinero lo compra todo, la Ciencia también. También te lo dice: las dos terceras partes de los científicos estaban destinados; los mejores científicos estaban dedicados a la guerra, eh. No estaban dedicados a hacer el Bien.

1: Sí, sí.

E7: Y entonces, pues, él lo ve. Se ve que vio la cosa y dijo "joder"...él estaba empeñado en la cosa de ponerlos a trabajar en el Bien. Entonces, en su discurso del premio Nobel pues dice...."vamos-a-ver-si-nos-unimos-un-poco-para-que-esto-no-sea-horroroso. Para-que-la-vida,-el-género-humano, -dadas-sus-características,-esto-no-sea-horroroso". Ese es el discurso que hace él en su entrega del premio Nobel. Entonces, yo, desde no sé si una depresión, pero a mí no me parece depresivo...pero la verdad que el panorama éste, sinceramente, no lo veo muy claro que vaya a venir "noséquién" y lo vaya a arreglar....Hombre cuando te dicen "Franco, aquí tal. Aquí despacito y tal".

Y ahora con El Gadafi pues "pobres libios", ¿sabes? Que el que venga detrás, pues no va a ser mucho mejor que Saddam...chissst....Si son cosas parecidas, en fin....son colegas.

Entonces el optimismo... mmm... teórico... que a veces somos muy optimistas, teóricamente....los planteamientos muy, muy ambiciosos, ¿no? Los paradigmas y nuevas conciencias y tal...pues....a Berchtham. ¿Has leído a Gregory Brechtham?

1: ¿Bateson?

E7: Ah, Bateson.

1: Sí, un poquito.

E7: Pues Bateson tiene un articulito, dos o tres articulitos que.... “mensaje para el futuro” o, o, o a la sociedad y tal...Y, entonces, el tío dice que se.....acuden al máximo a las libertades democráticas para hacer frente a una serie de cosas amenazantes...hace veinte o treinta años, o sea: la ecología...

1: Sí. Las resistencias, por decirlo así. Esos límites...

E7: ...la explotación. Einstein lo dice: la explotación del hombre por el hombre, ¿no? Porque el producto....que llega un momento en el que dice: “hágale-una-pieza-más-de-mi-fábrica”....Esto no es una fábrica. Por eso te decía: los médicos de salud pública del siglo XIX, estos tipos...ehh...empezaron a pensar como un problema. Entonces empezaron a asociar el tema de la tuberculosis con las condiciones de trabajo en las fábricas, con la mala alimentación...Entonces todo ese contexto, hoy en día, ya se ha perdido. Eso es la baja psiquiátrica y el psiquiatra está callado diciendo que el tipo está deprimido. ¿Cómo no va a estar deprimida una cajera con cuarenta años? Una cajera de supermercado que lleva... ¿sabes? Tú eres un privilegiado. Estás en la autónoma, estudias, piensas, hablas, conoces a uno, conoces a otro...tienes una libertad de pensar. La pobre cajera: al psiquiatra. De cabeza. Llego al psiquiatra y me ha dicho “aquí hay una cantidad de gente que se está volviendo loca...” Que se vea que las condiciones de trabajo no son las correctas.

¿Has oído del MIT? De Massachusetts.

1: Sí. El instituto de investigación tecnológica.

E7: Bueno. Pues es un rollo. De potente, ¿no? ¿Sabes que eso se fundó en relación a la Revolución Industrial para las adaptaciones culturales necesarias de la educación para el sistema este industrial? El Cambio...Sí... O sea, una historia de educación, cultura y comunicación que te cagas. O sea tienen un desarrollo el MIT este que te mueres, ¿no? El Bateson este estuvo ocho años, me parece, colaborando con éstos, ¿no? En EEUU hay de todo, ¿no?...Luego... ¡Hostia!...Tienen dinero, tienen cooperación y tienen un enfoque de las cosas a investigar. Aquí no hay ese enfoque de investigar. Pues que no critiquen a los americanos. Que aquí somos muy negativos con los americanos de que todo es malo, todo es malo, todo es malo...Pero los americanos han traído mucho de lo bueno de ayuda y de cooperación y de hambre...

1: ¿Cuánto falta de autoanálisis en las instituciones...

E7: ¿Eing?

1: ¿Cuánto falta de autoanálisis en....

E7: Noooooo, noooooo. Está claro que está controlado. Yo conozco a gente que está en...políticos...y entonces, te lo dicen ya ellos. Yo no adivino nada. Lo sé. Me lo sé. Je, je, je. Y entonces dices “no.-Mira,-es-que-¿para-qué?-Mira-este-análisis-costó-tres-millones-de-euros.-De-los-equipos-de-atención-primaria-por-el-instituto-noséqué-que-te-cagas-por-las-patas-abajo”...Ahí está en el cajón. No se quiere ni abrir. Ni abrirlo. Claro, ahora, tengo otro amigo que está en Hacienda y, entonces, pero, de repente: “a mí no me cuentes nada, eh”. “Oiga, que se cae abajo el país” “oiga que tiene...”

Ahora los catalanes que quizás son más serios en esto. La gente se ha alborotado mucho y han dicho “un cuarenta por ciento de recorte en Sanidad. ¿Cómo que un cuarenta por ciento?” Y han dicho: “¿Y el déficit que tengo?...je, je, je...dos y dos son cuatro”....Entonces, esa desidia, esa indiferencia que dicho Sampedro...han hecho un libro sobre la indiferencia...unos de noventa y cuatro años...un alemán que se pasó al bando aliado en la II Guerra Mundial, en la I o en la II...Es un libro sobre la indiferencia social. Claro. Es que la indiferencia europea al pobre y a la masacre que, a la explotación que ha habido en África....Hombre, eso no es nada bonito. Ahora ha salido lo de las torturas de los ingleses a los Mao Mao. Ha salido esta semana. Este año pasado, las torturazas a los, a los...lo de los belgas...O sea, vamos...

1: Sí. O sea, hechos del colonialismo que...

E7: ...que hemos sido malos...pero vamos que nos podían...y, encima, estamos aquí que “qué buenísimos somos” y seguimos aquí con la...broma y...tal... que, al final, tío...va a venir China y te, nos va a dar en la cresta...y va a venir el otro...Claro, tío. Porque el otro, cuando tú has podido le has estado dando con la bota en el cuello y lo has tenido sojuzgado y esclavizado y explotado y todo...Y mira tú por donde estos tíos van y se levantan....eso es una situación....pues, entonces las cosas nooo.... Además no...Además, las cosas están en marcha...pero que lo normal es que tengamos un descenso en nuestros ingresos, eh. O sea que está situación casi, casi como opípara que hemos mantenido en España desde los años...¿ochenta?...¿noventa?....

1: Bueno. Es hora de pasar por caja, ¿no?

E7: Noventa, ehh. Porque hasta ahí había una mayoría de unas situaciones más apañadita y todos, ahí, familiar...economías familiares y todo muy modestito, ¿no? Y, entonces, esta situación de boyante económica, seguramente, vamos, o sea....parece que Occidente va así....

Pero que a mí me parece que es un tema de decadencia. Síntomas de decadencia que no han sabido saber ser reconocidas. Cuando no se reconoce la decadencia, como la de España en el noventa y ocho....en mil ochocientos....Yo soy un gran de Goya. Porque el tipo, cuando se le cruzaron los cables, tuvo una enfermedad extraña que no se si fue una meningitis o qué fue...pues se quedó medio atontado....pintó lo que no suelen pintar...O sea que lo que él siempre pintaba era a la Corte...Entonces, pintó lo que no se pintaba....Entonces...hizo siete cuadritos en cobre...entonces era, uno de ellos, casualmente, era de cárceles, psiquiátricos y cosas así...

1: Sí, bueno. La cara B de la sociedad pero que sigue siendo parte de la misma moneda, ¿no? Por decirlo de alguna manera.

E7: Sí. Entonces, pues, la cara B...ya sabes cómo vivió Goya. Que se tuvo que desterrar a esto porque le mandaron a la Inquisición...él no estaba muy a gusto en el país, lógicamente...

1: Siempre se le acusó de ser un poco afrancesado, ¿no?

E7: Claro. Entonces...claro, pero hay cosas que llegas a un momento que hay cosas que la brutalidad no gusta tanto. Y el Fernando VII éste era de lo más facha que ha habido...

1: Bueno...el Deseado, ¿no?

E7: Lo mismo, ¿ves? Pues el Deseado y de repente ya no eres deseado y...fíjate lo que le hizo al Pueblo. O sea, el pueblo siempre ha sido...también es muy ingenuo. O sea que los gobernantes ahí, también, tienen mano. Si es que aquí....”oye que hay que... a estos...”Les cuelas cualquier cosa y la armas más gorda. Por eso, yo, desde el amarillismo, los periódicos...la gente los sigue bien. Y juntan cualquier cosita y es carnaza, eh.

Mira ahora a los finlandeses. Que se ha quedado la gente un poco sorprendida con los de ultraderecha que han ganado. Pero un momento que han dicho los tíos: “un-momento:-¿que-estamos-pagando-los-gastos-a-estos-pedazo-de-mamones-con-lo-trabajadores-que-hemos-sido-y-con-lo-que-hemos-ahorrado-nosotros? Ni-una-cala. Y-si-no-no-sé-qué..Que-se-vayan-a-tomar-por-culo-que-son-ricos-y-no-necesitamos-a-los-europeos-para-nada” ...

Entonces, son otras perspectivas pero que es esta decadencia europea que si se quiere ver eh...que se vea, ¿no?

1: Bueno, así para cerrar... ¿qué crees que habría que hacer para romper con esta decadencia? Es decir: ¿qué depende de nosotros?, ¿qué esfuerzos podemos hacer?

E7: Pues...por supuesto, comunicar un cambio de perspectiva desde la cultura individualista. Es Cultura. Entonces: si tú me das no sé qué, que tenga que pasar por encima de tu cadáver...Pero me das un Mercedes...Yo paso por encima de tu cadáver....con todas esas cosas...el Estado....que ya se ha visto que hemos fracasado y que la corrupción de las personas es inmensa, ¿no? Y al final se gobierna, a veces, con los métodos mejores...O sea que lo de El Gadafi, pues mira...tenía a la gente metida en unas fosas y tal...y nosotros los tenemos treinta años encerrados y ya está, ¿no?

Luego había una película de un tipo, el otro día, que se moría en la cárcel americana por reírse de Bush...Entonces, la verdad, es eso...no, no veo el cambio, casi, no traumático o teórico...sino que creo que el cambio, va a ser un cambio traumático. Por desgracia por la fuerza...que nos tendremos que unir contra el enemigo o, o, o tendremos que subsistir y tendremos que ver las cosas de otra manera. Porque...

Al final, los hombres...hay una, una historia profunda en nosotros....hay una relación muy fuerte entre los hombres que es la relación de ayuda mutua. Tú metes a un señor en un hospital...está un señor en el hospital...y si hay un problema, está ayudando al compañero. Pasa en todos los hospitales. Hay un concepto natural que se ha pervertido, de ayuda a los demás. En vez de competir con los demás, ayudarles. No se quién decía que los americanos cooperan entre ellos, eh. En España no se coopera. No hay cultura de cooperación. En Occidente hay cultura de individualismo. O sea: acusas a los americanos de individualismo y competitivos, pero aquí lo somos más, eh. Es que, allí, eso no lo tienen permitido, eh. Eso está controlado. Aquí lo que funciona es el equipo y la empresa. Y aquí hay una disciplina de equipo que te mueres. Y entonces, eso en Europa no, no está. Y hay unos principios de reacción ante unos problemas, de análisis de los problemas y de respuesta a esos problemas. Y si esos análisis los hacen correctamente por las personas que valen, que están bien seleccionadas...yo no valgo para esto....pero aquí hay unas piernas que están allí arriba y que no valen, eh.

Porque el Zapatero será lo que sea, pero las buenas intenciones a mí no me valen. Ni las buenas palabras. Zapatero tiene unas buenas palabras. Es terapeuta. Todo eso es terapéutico. Sistémico. Todo su discurso del cambio es sistémico. Y es desde la comunicación. Y desde la...motivación, la ilusión y la esperanza y le doy vueltas a todo como terapeuta...yo le doy vueltas a la locura y tal... ¡ah! Y la depresión como pueblo....Sí, sí. Tío....pero llega un momento que esto....también hay una parte que no es humana, sino que es técnica....y aquí tienes que tener a unos tíos que valgan en lo suyo, ¿no? Y si no los tienes y me pones a la Leire Pajín...el Rajoy, lo mismo: es otro piernas...pues, entonces...por eso te decía: ahora mismo, estos señores, van a caer. Y nos van a sacar a todos nosotros. Es decir: los ahorritos de nuestros papás, el dinero de todo...ya está cayendo y no soy nada optimista. Sobre todo de cara a vosotros, ¿no?, a vuestra generación...que a mí ya me queda menos...pero ya estoy viendo que la gente de ahora no tiene certidumbres...los que habían hecho los deberes bien hechos, no tienen certidumbre...ya no te digo nada, las personas que estáis en una situación que aún con profesiones como la tuya...que de repente son superélite. Porque tu profesión es un lujo, eh, En España no sé cuántos viven de la sociología en España, pero en EEUU sí, ¿no? En España por empresa y por tal...muchísimos... Entonces, de repente, dices "sí, OK. Pero-un-momento"... Aquí, casi, igual que en los pueblos: el sacerdote, el médico, el maestro y el militar. Ehh.

1: Seguimos con ello, ¿No?

E7: Claro. O sea, a ver si va a ser esto así y, de repente, nos encontramos con unas masas de gente joven muy bien preparadas, pero erróneamente dirigidas. O por un desarrollo industrial o de las empresas, obsoleto, eh. Porque tú tienes...yo veo ahora a la gente superpreparadísima, Pero claro, las empresas.....O sea, toda la red de drogas, este discurso que tú me vienes.....O sea, no lo hablo con ningún compañero, eh. Esto que me has hablado, este nivel de conversación, de palabra, de tal...no lo tienen. No lo saben. No han oído hablar nadie de nada...esto de lo autorreferencial...Sota, caballo y rey....metadona, 10 miligramos....pumpum...aquí te pilló, aquí te

mato....que no se qué, que no se cuántos.... Que qué está pasando aquí con los sin hogar; o con los yonkis.... El médico no es una persona culta, ni sensible.....no, no, no, no....no lo somos. Estamos en lo que estamos. Y estamos también muy agobiados con los trabajos, concentrados con no se qué, cagándonos en todo con el desastre de no se qué, sabemos que somos negativos porque no lo arreglamos y....entonces por eso te decía....Han pasado muchas cosas feas como para haber reaccionado...los partidos políticos en un momento dado que hubieran dicho “vamos, en-esto-nos-ponemos-de-acuerdo”...y entonces, es una cosa muy perversa cuando, de repente, se está hundiendo el barco y se está atizando la tripulación entre ellos. Eso no puede ser...y entonces, eso es una cosa que en estas cosas....

Hoy se ha escapado el mayor capo de la droga gallega...bueno, se ha escapado. El juez le ha dado...

1: ¿Oubiña?

E7: No, no. Era un desconocido. Decían que era el mayor capo.

Yo, ahí, tengo información de algunas cosas y van y te dicen: “No. Esto-es-así”... ¿Cómo?...”Sí. Y-además-esto-no-es-lo-que-pasa”....¡Pero bueno!..... Claro, si te ponen un maletín con cincuenta millones, pues es difícil, ¿no? entonces por eso te decía....o lo que ha pasado siempre....pues con la policía...siempre con la policía: “pues hay tráfico de drogas....se está trapicheando aquí....tienes que meter a otro equipo, otra patrulla de policía. Porque el de la zona está comprado, eh...” Continuamente. Pues el puticlub que pillan....¿por qué? Hombre porque te invitan a prostis...Mira el tipo este de Coslada lo que pasó...

Y, entonces, somos humanos. Entonces todas la leyes....muy bien, muy bien...pero luego llega el mafioso que sabe como funciona la vida...je, je, je... las cosas de la vida como decía Berlusconi que es un tío muy listillo...y entonces, pues, se hace con el poder de las cosas. Y con las leyes. Y con las ciencias. Y con todo... “¿Cuál es el Poder? El catedrático. Pues lo compro. ¿El político? Lo compro. Lo compro todo. El policía, también me lo compro”....Que lo compro....no, no, no lo compres...pues de repente voy y te regalo un Rolex...

1: Sí. O un traje...

E7: O me haces un favorcillo. Que se lo haces. Y yo voy te regalo un Rolex.

1: Sí, un poco esa idea de ayuda mutua que habías dicho, ¿no?

E7: Sí.

¿Te suena que la Coca-Cola haya tenido algún conflicto laboral? Yo no lo conozco. ¿El Corte Inglés? Tampoco. Y eso que no tienen sindic.... Operan un sistema diferente para ellos.... Pues eso te decía: ¿aquí contra quién estamos luchando? Incluso contra nadie. Entre todos nosotros mismos, ¿no? Nos vamos a ir renovando porque, verdaderamente, el sistema es democrático. Pero esta es la trampa, ¿no?...Que yo voy a ir cogiendo como....los emperadores: “a-ver-uno-de-aquí-otro-de-allí-y-ahora-que-estamos-todos-juntos...”; “Sí, bueno.-Pero-ya-se-nos-ha-caído-el-imperio”....Es un poco...que al final sí que hace falta gente que valga de verdad para dirigir...yo creo que es obvio que las personas, que hay personas que son muy inteligentes y que tienen mucha experiencia y, y, y que no son sustituibles. No son sustituibles. Pero, verdaderamente, hay tal nivel de ehh...dificultades en estas sociedades que ese señor no sobrevive en la política. No llega. En el partido no llega.

¿Tú crees que llega alguien en el partido que sea honesto? Yo creo que no.

1: Esperemos. A ver si cambia.

E7: Es consustancial. Como que...no. "Vamos-a-arreglar-el-mundo"...Efectivamente. Ve pensando en los tipos estos que se han presentado, que estaban juzgados, que estaban con un problema legal...pues estaba pensando pues eso, que se han presentado porque son muy poderosos en el partido. Y no pueden con ellos. Como el Camps, vamos.

Bueno, pues hemos hablado mucho. Sobre todo yo...

1: Je, je, je. Bueno...

E7: Pero me parece muy interesante tu perspectiva. Eso. Que le veas el trasfondo a lo que hay detrás, aparentemente, de la asistencia al drogodependiente. O sea, esa cosa que aparentemente funciona bien y que teóricamente no verás ningún fallo... está muy bien hecha en ese sentido...sabes... Te enseño una máquina y te digo este es el ordenador más grande del mundo y es fantástico. Y digo: "no he visto otro más grande..."

1: Je, je, je...

E7: ...pues es muy bueno. No puedo decir otra cosa más que "¡Sí!". Además te lo explican muy bien y parece muy bonito y tiene muchas cosas, ¿no? Pues ahí sí que es muy interesante. Pero lo tienes un poco crudo en relación a esto de las drogas...Es que en España, sinceramente, es que estamos nosotros.....silencio.....y no sé quién más. En Sants, el otro día, vi a un médico muy bueno. En Sants, en Barcelona. Juan Carlos Álvarez que es un tío muy importante. Pero ese no sé si te concedería audiencia....y yo quería verle, por cierto. Y ha sido responsable de la Agencia Antidroga. Entonces, ha sido una persona muy importante con otra perspectiva. Técnicamente.

1: A mí, por ejemplo, lo que me interesa ya para el desarrollo de tesis...bueno, también estoy haciendo un magíster de investigación participativa, ¿no? De todo el tema de democracias participativas...eh...mmm....surge la Investigación-Acción-Participación... la idea, también, de...bueno: cada uno tiene un saber, ¿no? Es decir, todos sabemos: desde el drogadicto hasta el estudiante, hasta la madre que ha estado con esa persona, hasta el técnico más técnico que sabe ciertas cosas... La idea es esa: cada uno tiene unos saberes, pongámoslos en juego, reunámonos, hablemos y veamos qué sacamos.

E7: Sí. En ese tema que es un poco el origen de la democracia en Grecia. Que se reunían allí en el sitio y hablaban, defendían...cada uno defendía sus cosas. Y, bueno, organizaban a la gente pero vamos....el tío ahí daba la jeta .

Entonces, hombre, lo que te decía. Yo creo que probarse, probarse...se han probado muchísimas cosas. Eso teóricamente que dices tú también, tiene un problema. Y es: cómo le llego yo a usted, que yo soy médico, y que usted no opine de cosas médicas. Yo no lo conseguí...

1: Bueno, no sé...Pues la idea esta, también, de la...

E7: No lo consigo.

1: ...de la autorreferencialidad. Es decir: yo desde fuera...

E7: Ese eres tú.

1: ...puedo ver cosas que...

E7: Ese eres tú, amigo. Y cuando te vas un escalón para abajo dices: "pero madre mía, ¿cómo es esto posible?". Entonces, yo ahora estoy intentando saber lo que nos ha pasado con el equipo...cosas extrañas, poltergeist...Y, entonces, no entiendes muy bien cómo es que no entienden. Y qué es lo que pasa aquí y tal...

Y, entonces, leyendo un cuentecito de Galileo, que tiene cuatro frases buenas, pues decía como cuando él les explicaba a los aristotélicos eh...el principio de la densidad de la materia por lo cual flota y no flota y tal y cual...estos tipos le decían que iba en contra de la biblia... Claro, le anatemizaban , Y claro, el tipo este decía que es que no sabían de qué les estaba hablando. ¡Claro!

Entonces, esa especulación filosófica que ha habido hasta el infinito...un momento que hay que empezar a cuantificar, tenemos todos los científicos...Galileo y todos estos..."aquí-se-ha-habido-todo-lo-que-se-puede-haber.-Y-aquí-vamos-a-la-objetividad,eh. Y-esto-no-es-objetivo". Entonces, de repente, estás metiendo, tu, tu mundo que sí es objetivo con otro mundo que, con otras personas...que no es el tuyo para nada, eh. Para nada. Por eso te estaba diciendo: "yo, perdona, no he hablado e esto con personas salvo en terapia familiar". Este nivel ehhh ideológico, teórico, de lectura, de bastedad que me mencionas DSM III, DSM IV...perdona pero no. NO, no, no...Esto un médico no tiene este nivel intelectual...

1: Hombre, es que un médico no tiene por qué saberlo todo, ¿no?

E7: No, no. Si no es que no tenga que saberlo. Digo que estamos hablando de principios, eh. De cosas generales, eh. Entonces digo: no, no...estas frases estas palabras...Son desconocidas. Es otro saber, eh. Y, entonces, llega el señor con el hacha y te empieza a dar con el hacha en la cabeza...

1: Hombre, el problema es ese...

E7: ...y dices "eh, oiga...que un momento. Que usted es un bárbaro. Vamos a hablar un momento". "No. no. Aquí-no-vamos-a-hablar-nada. Usted-tiene-barba-y-le-corto-a-usted-la-cabeza-ahora-mismo. Porque-lo-digo-yo. Porque-corto-el-cuello-a-los-que-tienen-barba..."

Entonces, te quiero decir que la Razón, la intelectualidad o la educación que yo veo que tú tienes, que yo tengo, eh...pues realmente se choca un poco con la vida real, eh. Y, entonces, nos encontramos, un poco, con que no sabem...no tenemos palabras.

Belén Esteban. ¿Tú sabes quién es Belén Esteban? Que se ponga aquí la Belén Esteban...que te pongan el grupo participativo...yo que sé...a cinco Belenes Esteban y tú me dices, a mí, como acaban la cosa.

1: Es que el problema no es...

E7: ... ¿qué te parece? ¿Qué te ha parecido lo que te he dicho?

1: El problema no es decirle a las personas nuestras palabras a Belén Esteban. Es decirle a Belén Esteban, con sus palabras, lo que nosotros queremos decir, ¿no?

E7: Sí, si. Pero no es lo mismo. Porque ella va a hablar más que tú, no te va a hacer puto caso, te va a decir "tú-eres-un-pringao-y-un-matao-y-un-noséqué. Y-aquí-estoy-yo". Pero a ver, vamos a hablar sin que me descalifique usted... "Yo-hablo-como-me-da-la-gana-y-tú-eres-un-gilipollas"...

1: Hombre, ahí puedes...

E7: Lo dice, eh...

1: ahí puedes garantizar...

E7: ...y lo dice. Y dice "oiga-usted...a-mí-niña-como-le-pase-algo...yo-al-tío-le-mato-noséqué-y-nosécuántos...". Oiga, pues efectivamente, aquí lo estamos justificando de alguna manera... O sea, que yo en vez de salir en televisión de una manera responsable y promover la tranquilidad y la paz...digo: "aquí-cuando-pase-algo....aquí-hay-que-coger-al-novio,-hay-que-coger-a-la-novia...hay-

que-matarla,-hay-que..."...Lo que usted quiera. Un momento, eh. La España profunda tiene miles de años y contra esa no podemos.

Te aconsejo que te leas, que te gustará mucho, porque es muy atípico, de todo el mundo este...hiper...filosófico, casi... unas memorias de Berlanga.

1: ¿Berlanga? ¿El director de cine?

E7: El director de cine. Que le he conocido. Mis padres también. Y son muy interesantes. Porque es muy inteligente y es un privilegiado de la época. Y hace unos análisis geniales. Son históricos, también. Clásicos en la historia. Porque, verdaderamente, es más complicado de lo que parece... con recetas simples y sencillas... esto es impredecible.

1: No, sí... De hacer parches, al final te haces un traje que es un parche...

E7: Me preguntas: "Oye, ¿qué va a pasar?" y te digo: "ah, no sé. No sé". El principio físico de impredecibilidad. Hacemos unos principios del Saber... Ah, amigo... "¿Y-qué-va-a-ser-de-mi-vida? Ah, pues en este momento, hace cincuenta años, te habría dicho "vamos a ver: ¿que tu padre es labrador? Pues tú vas a ser labrador toda tu vida". En este momento: "mañana vas a ser electricista. Luego vas a ser aparcacoches. Luego en un supermercado y luego yo que sé... a lo mejor estás en la ONU..." Je, je, je... Pero vamos, que no sabemos esto cómo va a quedar y si España de un lado, la UE de otro...que la UE somos hace treinta años...pero esto pega un pedo y....

1: Sí. A lo mejor ni siquiera hay mañana...

E7: "Ah que..." "¿Cómo que qué? Como que no" "que sí que esto va muy deprisa"... Y, entonces, de repente, impredecibilidad en todos los órdenes. Ahora, ¿que nos vamos a seguir pegando los hombres? Pues sí. Y que ¿el hambre también? Pues también.

Creo que hemos pecado, en España, con la sociedad que somos. Porque España somos una sociedad.....pero sí que ha sido una pena que...como nos han manipulado y como se han aprovechado. Porque ya Felipe González, ya perdió una gran oportunidad. Porque hubo un fervor popular con Felipe González. Hubo un fervor popular. Con Zapatero también. O con el Aznar, ¿no? O sea que la gente se ha entregado a los tíos. Se ha entregado. De repente los tipos han pegado el petardazo, en definitiva. Porque Felipe González, al final, dices ya...Felipe González, sobre todo, más que Adolfo Suárez o Calvo Sotelo que no lo habían hecho bien del todo...este tío ya hizo las cosas bien hechas y organizó el tema de los dineros negros, la financiación de esa para los partidos... y todo eso fue una ingeniería que la hicieron en esa época, eh...

1: No sólo se pintó las patillas, ¿no?

E7: No...La hicieron y, hombre, decía... las ilusiones que tenía la gente... pues como pueda tener ahora la gente esta libia cuando cae...si cae El Gadafi....Las ilusiones que podía tener la gente cuando se murió Franco...

1: Hombre, quizás, también, mucho tuvo que ver la droga en esos momentos para desmovilización y desmotivación de la población, ¿no?

E7: Pues eso, pues eso. Hay aquí unos servicios de... Goebbels no sé cómo lo llamó... Servicio de Inteligencia...no...era de Comunicación de Masas o no sé qué...con estas finalidades. Y, claro, luego ahí fue lo que ya se ha visto....como, de repente...lo que te digo: "ganamos todos". Por un lado: el que me da pegas, lo meto en el talego; por otro lado: también me llevo mi dinerito. El guardia civil este que Intxaurreondo que ha estado implicado en el tráfico del caballo; lo sabía medio País Vasco.

1: Sí. Por eso.

¿La gente podrá, pues eso, denunciarlo como crímenes de Estado?

E7: ¿Eso? Pues alguien que se atreva y sepa. Pero es que el conocimiento, aquí, se trata de eliminar al que sabe. Eso, ellos, lo saben muy bien. Entonces por eso te decía...arriba del todo, también, está la gente más facha del mundo. Esto que dices "pero estas leyes de la ONU....que no permiten...". Que la reducción del daño la han quitado de la ONU...este estado de cosas... Pues los de arriba son todos fachas. Super, superfachas. O sea que dices tú "eso de la democracia...". Aquí nos hemos adherido a la Unión Europea y a la ONU y no sé qué.... Bueno, bueno....que aquí hay un montón de fachas y que esto no lo mueve ni dios. Fachas y mafia. Y mafia.

1: Sí. Seguramente coman juntos y se pondrán hasta el culo juntos.

E7: Comen juntos... Por eso. Aquí se mueve... ¿Quién tiene el Poder? El dinero. Y con el dinero....A mí me han dicho de la mafia....que no nos lo podemos imaginar. Porque aquí en España, lo de la mafia no sabemos como en EEUU. EN EEUU deben saber más de la mafia porque tienen más años. Y, entonces, pues un amigo, un conocido...pues consumidor de drogas y tal, de cárcel, italiano...me dijo que no nos podíamos imaginar lo que era la mafia. Que tiene comprados a astronautas, actores, actrices, cantantes, embajadores...

1: Sí. Frank Sinatra, por ejemplo. Quiero decir...

E7: A todo el mundo más impensable que nos podamos imaginar. Los tienen a sueldo. Futbolistas... "Pero bueno, ¿para qué quieres un futbolista? "Porque-lo-quiero. Porque-yo-el-día-de-mañan-que-tenga-que-decir-noséqué-tengo-que-coger...y-tengo-un-futbolista...Es-imagen,-con-sus-fiestas-con-sus-promociones...."

1: Sí. Berlusconi, George Clooney...

E7: Yo conozco a un tipo que...ahora ya el ruido...

1: Bueno, esto sí que ya es para...Hablamos, estamos hablando....tampoco quiero cortarte...Siempre hay cositas que rescatar, pero vamos....ya...

E7: No, No. Nos hemos excedido.

1: ...hemos terminado...un poquillo del tiempo "ideal" ...

E7: Sí, sí.

Pues cuenta conmigo. Me parece muy interesante eso: que rebusques, teóricamente y técnicamente, sin saber exactamente donde...como si diéramos palos de ciego, sin saber muy mucho, realmente, lo que hay detrás de las cosas....Porque hay mucho más de lo que nos imaginamos...y, y lo único que pasa es que, ya te digo: estamos en un momento ahora que, pues eso, los científicos, los médicos están diciendo "Eh, que esto es un problema de salud pública". Porque el tema de las drogas lo ha movido el SIDA. El SIDA ha sido el que...los médicos del SIDA han sido los que han dicho: "Eh, esto-no-puede-ser. Hay-que-atender-a-esta-gente-porque-la-salud pública...esto-se-expande". Entonces, ahora mismo, si bien en Europa Occidental se han conseguido unos mínimos eficaces o contenedores en consumidores de drogas; en Europa del Este para atrás... está pegando el pedo. O sea que hay cuatro países que los llaman con "grandes epidemias" que son: China, Vietnam, Rusia, Tailandia e Indonesia.

1: ¿Respecto al consumo de drogas?

E7: Sí. Y entonces ahí, en esos espacios, es, pues claro, como nos pasó a nosotros. De repente, ¿ahora que tenemos que empezar: que la gente, imagínate, se me engancha en África? Allí ni tienen

metadona ni nada. O sea, claro: “que-te-corto-las-manos-y-ya-está”. Y entonces lo que está pasando es eso. Y los médicos que somos más finos pues hemos dicho “hombre,-por-favor.-Que-esto-es-una-barbaridad.-Esto-que-está-pasando-en-Rusia...”

1: El médico cuando ve una herida que supura, ve...

E7: Claro. Y la gente humanitaria....A nosotros nos defendió un policía. Un policía en La Rosilla. Lo mandaron a hacer un cerco policial y, entonces, dijo. “¿Cómo-que-un-cerco-policial?-Oiga,-pero-si-necesitan-la-Cruz-Roja.-Si-se-están-muriendo”. Entonces, pues se ve que ya...Yo en plan Torrente, me llaman el “Torrente de la medicina”, ehhh....autoproclamado, ¿no? porque hay una cierta brutalidad, ya, en la existencia, ¿no?

Entonces pues eso: se ve que en el extranjero, pues, las comunidades terapéuticas son tan brutales que ya se ha movilizado la comunidad científica internacional porque, verdaderamente, hay violaciones, maltrato, violencia...en fin...

Aquí, en España, sabes que en los centros de menores los han denunciado a la ONU por maltrato, por abuso...Porque, claro, eh...de repente se suicida un niño.

1: ¿Qué es lo que suena para que, de repente, un niño se suicide?

E7: Hombre, pero si somos un centro....perfecto. Esto no es posible. Este se ha suicidado porque se ha suicidado. No porque aquí haya alguna cosa sospechosa. Sí. Pero se ha metido el Defensor del Pueblo y lo ha sacado Entrevistó. Y había mucha tela que cortar, claro. Y, entonces, uno de los detallitos, aparte de las palizas, las presiones, castigos y etcétera...que pueden ser muchos y muy grandes; una persona para hacerle suicidarse....debido a la sujeción mecánica, a tratamientos psiquiátricos avalados por un psiquiatra... Pero, verdaderamente, ya en sí: ¿una sujeción mecánica? Ya es obligado a hacerlo en un hospital.

1: Sujeción mecánica, ¿te refieres a pastillas o...

E7: No, no. Mecánica, mecánica. O sea; te ponen aquí los brazaletes y te sujetan así...O un peto...y tú, te sujetan por detrás a una cama y no te puedes mover... lo que es una camisa de fuerza

1: Más explícita y no tan simbólica, por decirlo así. ¿No?

E7: Sí, sí. Física, eh. ¡Cuidado! Que los médicos están realizando sujeciones mecánicas los médicos. En gente que, a lo mejor, no está indicada. Yo he visto sujeciones mecánicas...Es una cosa que te revuelve un poquito las tripas, ¿no? Y, entonces, pues claro, el tema que, de repente, a un niño, a un menor, unos mendas...que haya allí unos problemas de conducta o de educación...le hagan una sujeción mecánica en un centro de menores...Luego, el día de mañana, se suicida...

1: ¿Qué hacer?

E7: ...Psiquiatra. Psiquiatra, pero en el centro. Un psiquiatra y una enfermera. No uno cualquiera.

Ah, que ahora un policía va a coger a este tío y lo va a ingresar en un albergue porque lo dice el policía municipal –que es lo que está pasando. O sea que vamos a pasar del médico que hace un ingreso psiquiátrico... ¡Pero que es un médico! Con todos sus defectos, eh; pero comparado con un policía...

1: Algo más habrá...

E7: ...supongo. No, claro. Te hablo en cuanto a respeto de derechos. Supongo que como garantía de derechos. Porque hoy, gracias a dios, pues es eso.

Y, entonces, están los tíos tapando y...pero claro, con los medios de comunicación. No es casualidad. Con los medios de comunicación se tapa todo. O sea que se muere el menor, no sale en la prensa y no pasa nada.

1: Sí. Si no sale, no se sabe.

E7: Esa es la cosa.

Yo por eso te insisto. En la perspectiva, al final, me, eso, me acorralas ahí, eh...Yo te diría la incertidumbre. Por desgracia. Una situación.

1: Es la idea del riesgo, ¿no? Que también...nunca sabes que va a ser de ti

E7: Incertidumbre en el sentido que te lo estoy diciendo que es el principio de Indeterminación o de las partículas estas que....de repente choca y va en cualquier dirección, eh. Y, entonces, pues hombre...España, es España. Estamos en España, en el Mediterráneo...y si aquí no cae una bomba atómica y se devasta....pues yo que sé....pero es que al ritmo que llevamos de destrucción del planeta, del cambio climático... hace cinco años estábamos en Barcelona, que había que hacer un trasvase a Barcelona, ¿te acuerdas? Y, entonces, en ese ritmo que, de repente, estamos hablando de que haya un cambio climático....pues hombre, pues mira...pues apaga y vámonos

1: Bueno, acabaremos como Mad Max; a lo mejor.

E7: ¿El Mad Max? Las películas esas que, por desgracia... Julio Verne....se imagina...y no son tan...

1: Sí, sí. A mí la utopía es un género que me gusta mucho por eso.

E7: Por desgracia, en la utopía buena pues pueden surgir esas...si tus acciones...Por eso, yo creo que Einstein y Russel y estos se acojonaron mucho en la...

1: El poder nuclear, ¿no?

E7: El poder nuclear. Estaban muy calientes, los tipos. Y los tíos echaron toda la carne en el asador. Porque los tipos, realmente...la situación es una puta locura. Ya lo ves. No tenemos control sobre las bombas atómicas...

1: Japón está ahí.

E7: Y han cogido y con esto de Fukushima han dicho que están supervulnerables...Con coger y hacer un atentado al suministro eléctrico...y a la salida eléctrica...con eso ya...el que no tenga la salida la energía, eso ya es un problema....Ya la calienta...

[Cortamos la entrevista y damos por finalizada esta transcripción]

PREVENCIÓN E8:

E8: A ver, Jorge, yo empezaría, primero, situándote qué es el organismo de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y cómo surge y cómo nace. La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid es un organismo autónomo de la Consejería de Sanidad que viene a ser creado por una ley de 11 de diciembre de 1996 que ya por la propia creación de la AA se le concede toda la competencia en materia de drogodependencias en la Comunidad de Madrid . Viene a actualizar la fase anterior que se llamó durante años el Plan Regional Sobre Drogas pero ahora ya se crea una estructura que en su día partía y dependía de la Consejería de Servicios Sociales y desde 2002 con otra ley –que te la he traído aquí- que es otra de las que nos enmarca todas las actuaciones, la Ley de Drogodependencia y

otros trastornos adictivos de junio de 2002 ... nos pasa a perfilar nuestra competencia en esta materia, en las drogodependencias, pero ya desde un punto de vista más sanitario. Entonces es cuando empezamos a depender de la Consejería de Sanidad. Es decir, es cuando ya en esta ley, se dice ya en el preámbulo, que las drogodependencias se las considera una enfermedad. Una enfermedad que hay que normalizar y que hay que integrar en los sistemas normalizados de salud. Entonces, cuando hablamos de que la AA tiene plena competencia en materia de drogodependencias también están incluyendo la prevención, que es de lo que yo te voy a hablar.

El abordaje de la prevención desde nuestro organismo, desde la Agencia, viene a situarse y a enmarcarse dentro de las medidas de lo que son la reducción de la demanda. Sabes que hay medidas dirigidas al control de la oferta, todas las leyes, todas las medidas judiciales, todo lo que se pone a disposición de los Estados y de los países para controlar la lucha contra la droga, y las medidas de la reducción de la demanda. Esto consiste en, fundamentalmente, diseñar los mejores servicios y programas de prevención desde las políticas públicas sanitarias para que podamos llegar a la totalidad de los miembros de una comunidad, en este caso la Comunidad de Madrid, con la idea fundamental de anticiparnos, DE ANTICIPARNOS [sube el tono para remarcar], antes de que aparezca ya un problema, UN PROBLEMA diagnosticado como adicción. Entonces, la prevención en la CAM está muy vinculada al modelo teórico de los factores de riesgo y factores de protección. Este modelo está muy contrastado, muy contrastado. Surge en los años 80 y parte, sobre todo, de las investigaciones, de la literatura del mundo anglosajón. Más concretamente de la americana. Los americanos tienen una investigación muy por delante de la nuestra y nosotros, Europa, a través de los organismos más representativos como el Observatorio Europeo, bueno, pues vamos incorporando toda esta investigación.

Entonces, ¿qué significa partir del modelo de los factores de riesgo y de los factores de protección? Bueno, pues, factor de riesgo, la literatura lo que viene a decir es toda aquella característica, circunstancia mental, familiar que hace que un sujeto tenga una cierta predisposición o probabilidad mayor al consumo de drogas. Y el factor de protección es o viene a contrarrestar lo que es un factor de riesgo pero no hay, por así decirlo, no hay una alineación que a tal factor de riesgo se le corresponde tal factor de protección. Con lo cual todos los diseños de los programas de prevención que dirigimos desde la CAM tienen que ver con potenciar y favorecer los factores de protección de las personas; pero los factores de protección que ha descrito la literatura científica... para evitar el consumo o evitar que ese consumo pase de la experimentación pase a un abuso, o una adicción, y reducir todos los factores de riesgo. Con lo cual, pues este es, básicamente, nuestro punto de partida. Es una competencia que no da unas normas, unas leyes básicas, a nivel de la CAM...y bueno, la propia Constitución, el derecho a la protección a la Salud también está. Y todo lo que la comunidad científica viene orientando para que la prevención deje...pues...eh...a lo mejor como en un inicio, te hablo de hace un par de décadas o tres, ¿no?... Deje su lado más instintivo, más reactivo, más de qué hacer...No. Y empieza a dar un cuerpo científico a todas sus actuaciones. Con lo cual necesita colgar de un modelo teórico. El modelo biopsicosocial, éste también se menciona mucho en nuestra ley y en la literatura científica y dice que, o básicamente lo que viene a decir es que el tema de las drogodependencias...todos los procesos adictivos tienen que ver con tres factores: con el sujeto, con la característica y la droga en concreto, la sustancia en concreto; y la comunidad. Hay una interrelación entre estos tres factores que hace que, cada uno con su peso y su significado, digamos que no es lo mismo eh...cómo decirte...la naturaleza de una determinada sustancia, tabaco, alcohol, cocaína... que no es lo mismo que un sujeto que tenga más concentración de factores de riesgo, que es lo que hemos hablado, que puede tener más probabilidad que otro... que no es lo mismo una comunidad que otra.

Es decir, ahora mismo, estamos asistiendo al todo fenómeno del consumo de las drogas recreativas que ya te dirá la entidad con la que te vas a entrevistar. Entonces, esta interrelación entre estos tres factores también vienen a podernos ayudar a explicar este modelo biopsicosocial, viene a explicarnos

lo que es un proceso adictivo. Pero, además en la última década, venimos incorporando un conocimiento que viene de la neurociencia... no sé si sabes a lo que me estoy refiriendo...pero se viene comprobando y hay pruebas fehacientes en toda la investigación...y una vez más los pioneros son los americanos, y aquí ahora hablo de la doctora Nora Volkow –directora del National Institute of Drug Abuse-, que es el Instituto Americano de Drogas de abuso, que es, concretamente, el organismo de los de mayor prestigio a nivel de drogodependencias, incluida su prevención; ...bueno pues esta persona, producto de su investigación, vino a presentar a la comunidad científica que había áreas del cerebro, sobre todo la del córtex prefrontal que se veían tremendamente alteradas a raíz del consumo de drogas. Y dijo: hay una estrecha vinculación entre el cerebro y el comportamiento. Y esto se ve claramente en un proceso adictivo. Es decir; hay determinadas partes del cerebro que al verse tremendamente afectadas por el consumo de drogas, que merman las posibilidades de cada uno de los sujetos y de las personas, pues de hacer análisis críticos de la realidad, planificar en el tiempo actuaciones, la toma de decisiones, hacer una reflexión sobre... éstas son funciones de determinadas áreas cerebrales que, por eso la Neurociencia que como ya digo que aunque inicialmente toda esta investigación partió de EEUU, ya está trasladándose a otros países pues porque hay que.. en los diseños de los programas de prevención hay que explicar que existe una relación estrechísima entre el cerebro y el comportamiento. Y así queda explicado con los procesos adictivos. Con lo cual, nosotros, desde la CAM como política sanitaria pues estamos ahora mismo, la foto, es dirigir programas de prevención de tipo de universal, de tipo selectivo y de tipo indicado.

Esta tipología, esta clasificación de la Prevención también corresponde...proviene del mundo anglosajón, antes se llamaba primaria, secundaria, terciaria... No. Ahora es universal, selectiva e indicada. Cuando hablamos de prevención universal es la prevención que dijimos para todos los sujetos por igual. La selectiva, el propio término lo dice, es cuando estamos dirigiendo nuestra prevención, y ya con un diseño, a una población dónde hay concentrados....más...más factores de riesgo que el resto. Y la indicada es cuando todavía no se ha dado el trastorno de adicción pero ya ese factor de concentración de factores de riesgo es un hecho y hay que favorecer y propiciar y hacer aflorar los factores de protección que apenas se vislumbran, ¿no? Entonces, estamos hablando, bueno, pues de la selectiva...personas que están ya experimentando, haciendo prácticamente un uso habitual de determinadas drogas, entendiendo desde la epidemiología, que el consumo habitual, en las testaciones que se hacen, es en el último mes, o sea en las encuestas que te habrá explicado E9 que se hacen para conocer patrones y tendencias,... es si en el último has consumido. Pero sabemos que es un consumo prácticamente semanal, ¿no? Bueno, pues, entonces, ya te he puesto el marco normativo, que está diciendo la comunidad científica, los tipos de prevención... Entonces, desde la AA, también venimos a respetar los ámbitos más primordiales donde se desenvuelven nuestros niños, nuestros adolescentes y nuestros jóvenes, que son la familia, la comunidad, la escuela, la comunidad...ehhh, sus espacios de ocio y tiempo libre...entonces, nosotros estamos dirigiendo medidas y actuaciones que tienen que ver con todos estos espacios. Que además se intercomunican entre sí, ¿no? Por ejemplo: familia y escuela. Familia y escuela es algo que toda política sanitaria en materia de prevención tiene que contemplar. O sea, es decir: tú no puedes... se puede hacer, pero no es una buena práctica... tú no puedes dirigir un programa de prevención escolar sin tener en cuenta al profesor y a los padres de los alumnos. Pues esto es lo que venimos a denominar comunidad educativa y, en este sentido, la AA ha diseñado en los últimos años, con un esfuerzo muy serio por actualizar sus hipótesis de partida y teniendo, como te digo, muy presente lo que va diciendo la comunidad científica, ha diseñado el programa “Protegiéndote”; mira: esto te lo he traído porque yo creo que te lo voy a poder ceder, hay ejemplares suficientes... “Protegiéndote” es un programa de prevención que abarca las tres coberturas: la universal, la selectiva y la indicada, que dirigimos a todos los centros de la CAM con alumnos con edades comprendidas entre los 3 y los 16 años. Es un programa que se aplica en los centros educativos, de libre adhesión: nosotros dirigimos toda la oferta, son dos mil y ochocientos y pico centros en la CAM, porque los 179 ayuntamientos no todos tienen centros educativos, pero bueno es la minoría y es de libre adhesión, ¿no? Se trabaja muy estrechamente con la Consejería de Educación porque en el fondo es su campo, ¿vale? Y este

programa, como te digo, que parte de lo que es la educación y la promoción para la salud lo dirigimos a los centros con la idea de que el profesor pueda aplicar en el aula ese programa. Porque está diseñado de tal manera que permite insertarlo, incluso, en lo que es el currículum escolar. ¿De acuerdo? Entonces, como te decía, desde 2009 venimos implementando este programa sujeto a evaluaciones periódicas... Evaluaciones periódicas, evaluaciones de resultados, de impacto. Para eso tenemos suscrito un convenio con la UCM que, con carácter periódico, va haciendo una evaluación del impacto de este programa y, a la par, estamos haciendo evaluaciones de proceso que también incluyen encuesta de satisfacción al profesorado. Y vamos actualizando y mejorando el programa conforme nos van llegando esas informaciones.

Y el último esfuerzo que hemos hecho recientemente es ampliar, como te decía, la cobertura universal a selectiva e indicada propiciándole y dándole al profesorado, que a veces no sabe cómo afrontar un problema de chicos consumidores, de chicos experimentadores, dándole los instrumentos necesarios para que él pueda detectar precozmente y tempranamente un caso de ya abuso de drogas. De tal manera que, además, se facilita en tal programa información suficiente para hacer una derivación a los recursos más especializados de la AA. O sea, este programa está pensado sobre todo para apoyar al profesor en su quehacer cotidiano y, además, a través de un equipo técnico externo al centro educativo... cualquier duda o consulta, hace un seguimiento, en la primera sesión, en la quinta sesión, en la décima sesión... saben que tiene ahí un equipo de especialistas en prevención de drogodependencias donde poder recurrir en todo momento si la aplicación del programa le resultara costoso o encerrara algún tipo de dificultad. Con lo cual, como te decía, pues es un esfuerzo notable. Es de edición propia de la Administración, ha nacido aquí desde la AA. Entonces, incluye, además del apoyo extraordinario al profesorado, incluye el componente familiar que consiste en generar información, pero información preventiva y adaptada a las edades de los hijos, o sea: hay información para los padres en educación infantil, hay información para los padres que tienen hijos en educación primaria e información para los de secundaria, bueno, pues con el ánimo de concienciarles de que sus hijos no sólo están participando en un programa de prevención de drogodependencias, sino que usted padre ha de recibir esta información. Pero además se les ofrece la posibilidad a estos padres que han manifestado mayor necesidad, mayor inquietud, de enlazar con otro programa de prevención familiar que tenemos y que dirigimos igualmente a padres residentes en la CAM con hijos con edades comprendidas entre los 3 y los 16 años. Es un programa con una formación más intensiva, más extensiva, también con objetivos adaptados según las edades de los hijos y, como digo, intentando dar respuesta a una conciencia ciudadana, a una necesidad que así ha sido expresada. Pues eso: lo escolar y lo familiar.

Tenemos otro programa que va dirigido fundamentalmente, lo llamamos el programa comunitario, es el programa comunitario que con la idea de... éste te gustaría... partiendo de lo que también nos dice la literatura científica, o sea que hay líderes en la sociedad que por sus características personales, sus capacidades profesionales, por su capacidad de li-de-raz-go en su entorno... pueden constituirse en autoridad para la salud psíquica, psíquica [bis], social... de los sujetos. Entonces, este programa comunitario, nosotros lo hemos diseñado también de acuerdo al modelo teórico de los factores de riesgo y de los factores de protección, pero teniendo en cuenta colectivos profesionales que por su relevancia tienen, como te digo, una autoridad y un liderazgo en lo que es la sociedad civil, ¿no? Y los objetivos son, precisamente, implicar a la sociedad civil en lo que es la concienciación de la necesidad de hacer una prevención del consumo de drogas. Bueno, pues este programa lo estamos dirigiendo pues a colectivos tan íntimamente relacionados con la prevención del consumo de drogas, como la policía municipal, los cuerpos de seguridad del Estado, o la enfermería, o los educadores sociales, trabajadores sociales, profesionales y no profesionales, también voluntarios de la iniciativa social, de entidades, de asociaciones, de ong's implicadas con las poblaciones infantojuveniles...entre otros colectivos, el colegio de psicólogos, colegios de peso, de farmacia... gente que, bueno, que está participando activamente en la sociedad civil y son muy susceptibles de hacer una proacción a favor de la prevención del consumo de drogas.

Y el ocio y el tiempo libre, como también te decía, pues forma parte de la vida cotidiana de cualquier persona, ¿no? Ahí también recientemente...bueno, no tan recientemente: en 2010 se creó el Servicio Itinerante de Prevención de las Adicciones de la CAM. Itinerante pues porque el cuerpo físico de ese servicio es un bus. Imagínate un Alsa, enoorme, con unos espacios también enormes dentro de lo que es el autobús, pero lo que es la...cómo decirte.... La tremenda ventaja de este servicio es que los espacios son reversibles, polivalentes y el objetivo fundamental es que los jóvenes, o sea,...tiene así como actividades fijas: una exposición guiada sobre las drogas, consecuencias....

1: ¿Es un autobús morado?

E8: Sí, lila.

1: Lo he visto en fiestas de Madrid como en las de San Sebastián de los Reyes...

E8: Sí, sí, sí. Pues es ese mismo. Entonces, los jóvenes cuando hacen una visita que lo llamamos de “puertas abiertas” acceden a la exposición y hay actividades con mucha capacidad interactiva, muy creativas...hay uno que se llama “la máquina dispensadora de drogas”, entonces simula una máquina de tabaco a la que tú das a la marca X, con el nombre de las drogas, y te salen las consecuencias para la salud, pero fisiológicas que tiene la droga que tú has elegido. Pues esa es una de las actividades. Tiene una serie de pantallas que llamamos retroiluminados con una información permanente sobre, pues eso, las drogas, las consecuencias, patrones, tendencias de consumo

[Hay un corte por una persona que entra. Y retomamos.]

E8: Bueno, sigo. Te decía... En este servicio itinerante vimos que respondía a una necesidad más allá de lo reglado, de lo académico...eh. Darle una flexibilidad en el horario, en su servicio, de manera que es útil los trescientos sesenta y cinco días del año y visita lugares y ayuntamientos de la CAM..pues puede ser hasta ciertas horas: las dos, las tres de la madrugada...con la idea de poder responder a la necesidad de los ayuntamientos que nos piden a la CAM, “oye, pues tengo la feria de la salud”, o “tengo este festival en verano, Rock in Río”... porque ahí en los puntos de verdadero encuentro de la juventud e incluso de las familias también: parques temáticos, espacios públicos, polideportivos... Veíamos que la Prevención tenía que llegar a esos espacios, ¿no? Y, entonces, este autobús además de informar verazmente y concienciar, genera la posibilidad de enganchar a los propios adolescentes a través de concursos, de vídeos, a través de las pequeñas redes sociales, a través de su página web... generar los mensajes preventivos de igual a igual, ¿de acuerdo? Entonces, bueno, estamos viendo que....a ver, cuesta pero bueno, poco a poco se va consiguiendo. También hemos visto que, claro, para estas mentalidades adolescentes pues tienen siempre ídolos, personas de referencia del mundo del espectáculo, del deporte, de las redes sociales, del YouTube... También estamos logrando hacer una invitación a esa persona famosa, por las razones X, para que él exponga su visión de las drogas y proponga un mensaje preventivo a estos muchachos. El último testimonial que hemos hecho ha sido con Chojín, no sé si te suena...

1: Sí, el rapero.

E8: Y, bueno, éste ya, dentro de nada, pues estuvo por aquí en Madrid dando un concierto y el mensaje es clarísimo. Clarísimo al no consumo. No a la reducción del daño.

1: Sí, yo lo escuchaba de joven y conozco su mensaje.

E8: Entonces claro, vemos que a través de terceros y de terceros con una cierta relevancia, pues también hay que actuar para poder llegar a nuestra población diana. Que en el fondo es a todo el mundo. Pero este servicio es el que está, digamos, más redirigido a adolescentes y jóvenes de la CAM, aunque también sirve de apoyo, fíjate bien, a profesorado y a padres. Porque también hay una parte de población adulta al que este servicio crea una información.

1: O sea, que por una parte es política (pública) y por otra parte es herramienta.

E8: Exacto. ¿Cómo has dicho que era?

1: Política.

E8: ¿Política?

1: Sí, política. Una política de implantación de...

E8: Ah, sí, sí, sí.

1: Y por otro, una herramienta al servicio de la gente para poder hacer esas actividades preventivas...

E8: Sí, sí, sí. Eso es. Eso es.

E8: Luego tenemos el llamado Servicio de Prevención Indicada de las Adicciones que éste ya, como te decía un poco al principio: los muchachos vienen con una concentración de factores de riesgo, desestructuración familiar, desarraigo familiar...no necesariamente todos son población inmigrante, aunque también los hay. Abandono, fracaso escolar y todas estas cosas, y que ya, bueno, están haciendo una experimentación, un uso, y un abus...aunque todavía no hay trastorno de adicción; y ahí estamos dirigiendo una oferta muy importante que tiene que ver con actividades que a ellos, a ellos les...cómo decírtelo.... Les construyen primero como personas que son. Pero es que además, dentro de esto, se les ofrece un itinerario de reinserción laboral. Que eso es muy importante, ¿no? A través de, bueno, talleres muy específicos que luego después pueden enganchar con firmas, empresas, que pueden tirar de ellos.

1: ¿Sería algo parecido al Servicio de Orientación Laboral (SOL) del IA?

E8: Pues no lo conozco. Pues no lo conozco. Pero lo que aquí sí que te digo es que se trabaja mucho con, con, con, con, la construcción de ellos mismos que son porque cuando entran, entran muy deshechos, ¿no?, con poco afecto a ellos mismos, con una violencia muy contenida y les ves cómo van construyéndose y van construyendo y saneando, incluso, sus relaciones hasta denotar la prioridad que tenían de consumo de drogas. Concretamente estaríamos hablando de... estos perfiles son chavales de pues doce, catorce, dieciséis años. Predominan un poco por estadística los de quince, dieciséis...

1: ¿Chicos sobre todo?

E8: Chicos y chicas. Chicos y chicas.

Donde se trabaja con ellos no solamente el hecho del consumo de drogas, sino todas las conductas problemáticas asociadas al consumo de drogas. Esto te lo digo porque a ver, no hay conducta inocua y solo consumo de drogas. No. O sea, hay conductas problemáticas asociadas: conductas antisociales, violencia, sexualidades temprana... todo en un paquete donde el consumo de drogas forma parte de esa manera tan...

1: Me gustaría preguntarte si crees que la relación drogas y problemas, o yendo más allá de la propia problemática del consumo de drogas, es una relación de causa-efecto o es un punto en el cual llama y luego hacemos una intervención de aspectos más profundos sobre lo que es la personalidad.... Realmente cuál es la relación.

E8: Como te he dicho al principio, o sea, todos los investigadores están de acuerdo de la naturaleza multicausal, multicausal, del inicio en el consumo de drogas, eh. Entonces, sí que se ha visto que hay factores que intervienen en que una persona sea más predispuesta a lo que es la experimentación,

más predispuesta de que dé el paso de la experimentación a un consumo habitual y más predispuesto para que ese consumo pase a un abuso, ¿no? Entonces: esto sí que se sabe, que son lo que te decía de los factores de riesgo y los factores de protección. Entonces, bueno, es que es así. Es así.

1: Cuando hablas de la violencia, por ejemplo, lo que a mí me preocupa es la cuestión de que si realmente lo que se está ocultando en la droga son otras problemáticas...que no digo siempre...sólo digo si existe la posibilidad...

E8: Sí, sí, sí. O sea, el consumo de drogas es otra de las tantas conductas problemáticas que tienen acumuladas. O sea, es otra más. De repente, del consumo de drogas, que es el motivo de la pregunta, que sí que sabemos que alterar áreas del cerebro que van a tener traducción en el comportamiento. Entonces es muy importante saber en qué funciones cerebrales... pues toda la aportación de la Neurociencia... interviene un proceso de adicción porque en la medida en que más conozcamos, mejor haremos una prevención. Y, además, sabemos que en los adolescentes las edades de inicio en consumo de drogas oscilan entre los doce, trece y quince años. Ahí es dónde...jum. Y también la Neurociencia lo que viene a decir es que el cerebro adolescente, desde un punto de vista neurológico, todavía no está completado. Con lo cual el daño del consumo de drogas en el cerebro puede ser como.... daños muy profundos. No es lo mismo comenzar a consumir a los quince años que empezar a consumir a los treinta. Eso está claro. Eso también se ha visto.

Entonces, esto es lo que básicamente hacemos desde la CAM.

1: Vale. Una vez que me has presentado este panorama de lo que hacéis pues, por ejemplo, a mí me gustaría saber, realmente, qué evolución ha habido en el tratamiento de las drogodependencias, sobre todo desde el punto de vista de la prevención teniendo en cuenta que antes de que surgieran todos estos recursos no había una política preventiva: cómo se constituye la necesidad de aplicar una política preventiva orientada a evitar esos consumos, ¿no?

E8: Vamos a ver. Yo sí que creo que ha habido, incluso desde los años ochenta, ¿sabes?, siempre ha habido una conciencia de la necesidad de hacer una prevención. Una prevención desde el punto de vista de la educación de la Salud y para la promoción de la Salud. Pero sí que es verdad que se está viendo que con el paso de las décadas [hay] un esfuerzo mayor tanto por parte de la comunidad científica como de las administraciones en decir que “no todo lo que hacemos es prevención”. O que “no todo lo que se ha hecho es prevención. Vamos a ir incorporando modelos teóricos, buenas prácticas, calidad, criterios de calidad...” y ya te digo, desde hace casi una década, un poco menos, yo creo que España sí que, en términos generales o al menos CAM, sí que...

1: Están a la cabeza de...

E8: Uy, jejeje, a mí eso no me corresponde decirlo. Tendrías que preguntar a los responsables del PNSD... pero nosotros sí que estamos satisfechos dentro de lo que, a ver: todo es mejorable, porque estamos hablando de un fenómeno donde hoy pita una cosa...y el perfil del drogodependiente, me imagino que te lo habrá contado E8, para nada se corresponde con el perfil que se dio en la década de los 80. Ahora estamos asistiendo a fenómenos tan, tan, tan trepidantes como la presencia de las mal llamadas ya nuevas tecnologías en los consumidores. Quiero decir, existe esto de teledroga, ¿no?

1: Claro, esto a mí lo que me genera es, desde un punto de vista de la neurociencia y es una pregunta que me reservo para realizársela también a un científico o un biólogo, es que si lo que realmente modifica la estructura (del cerebro) es el propio comportamiento compulsivo, o patológico, o si es la propia sustancia la que lo hace. O las dos. Realmente, ¿qué es lo que te configura o desconfigura, o reconfigura, el cerebro para tener ese comportamiento? De ahí viene mi cuestión principal, ¿cuáles son los elementos fundamentales para hablar de una droga?

E8: Pues aquí está, aquí la tienes [señalando un cuaderno], porque no me la sé, pero la OMS lo hizo, y no ha hecho más modificaciones. Mira la OMS define como droga “cualquier sustancia con efectos del sistema nervioso central capaz de generar un consumo abusivo y eventualmente llevar a un proceso de dependencia psicológica o física o ambas a la vez”. O sea, esta definición, en principio, es de consenso generalizado pero sí que es verdad que uno puede decir “se producen solo y exclusivamente por la naturaleza de la sustancia”. Ya te lo está diciendo aquí: está la estructura psicosomática del sujeto y está la comunidad dónde ese sujeto está haciendo vida. O sea, ¿qué tenemos en la CAM? Pues el fenómeno del famoso “botellón”. El botellón no es inocuo. El botellón es un uso compulsivo del alcohol, en periodos muy cortos de tiempo, con en promedio según edades de cinco o seis combinados; ¿un combinado sabes lo que es? Es alcohol de alta graduación, destilado, mezclado con refresco...pues cuatro copas en dos horas. Es una burrada. El “big drinking”. Y claro, el alcohol, hay toda una industria detrás, esto es cierto, pero el alcohol es una droga. Y, además, la ley en todos los tratados, el alcohol es una sustancia adictiva.

1: Pero, por ejemplo, es decir, realmente, es una costumbre, de usos y abusos, paracelso y el veneno, la cantidad y no la sustancia... realmente, ¿qué es lo que lleva a los jóvenes a hacer esas prácticas? Me decía una compañera, que no todo el mundo consume, que es por el estar allí. Por estar ahí ¿no? [sobre el hecho/fenómeno social del botellón]

E8: Sí.

1: A mí me impactan mucho las políticas de Prevención desde [ó a partir de los] tres años. Es decir, como estamos ya metiendo la cultura preventiva por la cuestión del riesgo. Es decir, más allá de esa conciencia y esa visibilización del riesgo, la gente se haciendo esas prácticas. ¿Por qué?

E8: Hombre, no todos. Vamos a ver, esto tampoco es verdad. No todos. Pero bueno, pues ahí hay presiones de grupo... Mira, hace años las encuestas que se hacían, algunos decían “consumo por curiosidad”, por ejemplo. No recuerdo el orden de las razones pero por “curiosidad”; “a ver qué se siente”, otros decían “por integrarme en el grupo”, “todo el mundo lo hace”, eh... concretamente con respecto al alcohol: “consumo para olvidar mis problemas”. [pausa de unos cinco segundos para ordenar la siguiente frase] O sea, entonces, veíamos que el riesgo percibido en concreto respecto al consumo de alcohol, pues erapfff [con esta expresión quiere decir que era elevada]. Eso. Unos de los objetivos también de la Prevención es aumentar la percepción del riesgo en el consumo de drogas juvenil.

1: Esto me lleva a otra pregunta: ¿qué peso tiene la educación en materia de Prevención y qué lugar ocupa el pensamiento crítico? Es decir, cómo se dota al sujeto, sea adolescente o sea niño o adulto, de determinadas herramientas para plantear de forma crítica la actitud o su estar en sociedad.

E8: Pues mira, es que, precisamente...a ver [la entrevistada abre un libro y se oye cómo pasa las páginas hasta que encuentra la información que tiene preparada]... Vamos a ver, esto, o sea, la Prevención tiene que ser una incidencia, ¿sabes?, desde edades tempranas y prolongadas en el tiempo. No es decir, “he hecho el protegiéndote y de repente, le ha dado una conciencia crítica”. No. Vamos a ver, o sea, tiene que ver con los factores de protección, que se van trabajando, y, desde luego... [termina su intervención sin finalizar la frase]

1: Yo, sobre todo, por cómo en la sociedad en la que vivimos, donde hay mensajes contradictorios, ambivalencias, intereses, industrias como dices con el alcohol... ¿realmente podemos generar ese tipo de identidad cuando por otra parte se están enviando esos mensajes que hacen que te preocupes o que te plantees qué es lo que yo quiero... es decir, sociedad del ocio, de la diversión y del “aquí y ahora” en lo que es esa cuestión de...

E8: Sí, sí, sí. O sea, pues claro. En el diseño de los programas tienes que incidir: Objetivos: generar, potenciar y fomentar habilidades para la vida. Generar un tipo de estilo cognitivo. Mmm...pues... la

toma de decisiones, resistir a la presión de grupo. O sea, con todos estos objetivos, eh, se plantean todas las actividades que te da la metodología. En el “Protegiéndote” nuevo, -aquí no te voy a poder dar porque no tengo-, pero en éste hay actividades tan interactivas que se analiza desde un anuncio hasta... O sea, está fantástico porque incorpora vídeos donde se reflejan escenas cotidianas de la vida de los muchachos de educación secundaria. La resistencia al grupo, el tema del acoso en un momento dado, el silencio... Entonces, se trata de generar una reflexión y un juicio crítico sobre escenas siguiendo estos materiales en donde los chicos se ven totalmente identificados; si no por ellos mismos, es porque conocen la experiencia de un ajeno.

Pues como te digo, estos programas, además de abordar una serie de factores de riesgo y protección, tratan de generar y potenciar en ellos una serie de habilidades para su desenvolvimiento normal frente a la vida y en la etapa vital en la que está. Entonces, por eso, vienen a traer “tips”, temas...cómo decirte... temas muy estructurales para su vida.

1: De convivencialidad quizás, ¿no?

E8: Sí, Sí.

[Entra una compañera a coger una carpeta]

1: Quizás, hacerte dos o tres preguntas, bueno...si me quieres exponer...

[La compañera se retira saludando a la entrevistada y preguntando si estábamos terminando. La entrevistada asiente]

1: No sé si quieres seguir con alguna cosa más que tuvieras preparada, o de exposición o clarificación de cómo o lo que es la actividad preventiva, cómo la enfocáis desde la propia AA y bueno, quizás, a lo mejor, plantearte, después, alguna pregunta. Si crees que no, pues te hago las preguntas directamente o como tú prefieras...

E8: Hombre, te puedo hacer ya lo que es el resumen del marco normativo, lo que dice la comunidad científica, el modelo teórico, los ámbitos a los que nos dirigimos, la evaluación con carácter periódico pero la evaluación de resultados a través de un equipo evaluador externo, que es el de la Complutense, y nos permite ir mejorando y actualizando y...

1: Vale. Pues...por ejemplo: ¿Qué valor le concede a la multidisciplinaridad y qué beneficios sacaría de ella a la hora de definir una estrategia preventiva? Es decir, siempre está ese debate entre lo biopsicosocial y lo sociosanitario, ¿no? También es una pregunta que me has medio respondido ya, la has tocado, que es qué papel tiene, o juega, la intervención comunitaria en la consolidación de la actividad preventiva. Es decir, cómo las instituciones están atentas a la innovación, a la crítica como dices tú de agentes externos, a nuevos enfoques que a lo mejor se dan de lado porque a lo mejor la respuesta que se cree es la más importante, o cómo se va enriqueciendo ese Enfoque o esa mirada de miradas que puede ser la base o la estructura de cualquier acción tanto preventiva como asistencial, como de reinserción...

E8: Hombre, yo veo lo que cualquier persona diría. Es decir, necesitamos de la sociedad civil para implicarla en esta gran tarea preventiva. Es que no tiene ningún sentido estar diseñando programas si no colaboramos y requerimos la connivencia, la aceptación de los que est..de los que formamos la sociedad. Es que esto es así.

1: Sobre todo me refiero desde un punto de vista del diseño de políticas, ¿no? Es decir, realmente ¿qué se estudia y qué no se estudia? O ¿quién puede diseñar políticas y quién no puede diseñarlas? Es decir, por ejemplo, pienso en cómo recuperar la experiencia de personas que ya han pasado por estos procesos tanto de forma directa como de forma indirecta, un familiar cercano por ejemplo... o

cómo podemos generar unas políticas preventivas que a lo mejor vayan más allá de la cuestión en sí de la drogodependencia. Es decir, ¿de qué manera podemos generar políticas que estén construidas desde la base social o desde la ciudadanía? O sea, ¿qué papel ocupa la población o la sociedad civil a la hora de aplicar estas prácticas preventivas?

E8: Para eso mira, para eso están, yo creo que sí. Vemos la colaboración a través de las encuestas. Por ejemplo, la encuesta es una voz de la sociedad civil. O sea, la encuesta domiciliaria, de la que te ha hablado E9, se estructura....un poco...la voz de la sociedad. O sea, desde los 15 hasta los 64 años, me parece. Esa es una encuesta domiciliaria. Y luego, en la escolar son las edades donde empieza el inicio, o sea, de los 14 a los 18 años. Entonces, no podemos dirigir estrategias sin tener esta testación [contraste]. La verdad. Es así. No sé si te he contestado...

1: Es sobre todo por la cuestión de si son sólo los expertos quiénes tienen que intervenir o... por ejemplo yo vengo de las metodologías participativas y, al final, la mejor forma de ajustar una política, o un programa, o una acción, es desde las propias realidades de las personas, ¿no? Estoy pensando por ejemplo en un DAFO, o en un sociograma, un flujograma en el cual las personas exponen sus intereses, sus debilidades, sus potencialidades...para, a partir, de ahí generar una política que, a veces, a mucha gente pues no le llega cuando, por ejemplo, se hace a través de la sanción o la represión de consumos en la calle, cuando realmente vemos que nuestras prácticas o en nuestro entorno el consumo de alcohol está normalizado y no se profundiza, o no de igual manera, sobre esto dependiendo de la persona, o el perfil, o los estratos, sobre esa cuestión del consumo o de su normalización... que dejen de ser población objetivo y comiencen a ser productores.

E8: Sí. Lo uno y lo otro no están reñidos. Es decir, para trabajar en la tarea preventiva...por lo menos nosotros sí que ponemos especial cuidado en formar a las personas. Precisamente para evitar esto que decíamos de “en Prevención todo vale”. O sea, no, no. O sea, eso ya ha quedado atrás. A lo mejor corrían los años 90. Pero es que ahora todos estamos todos en el esfuerzo de ajustar los servicios y los programas de acuerdo a las sugerencias e hipótesis que va proponiendo la comunidad científica. Por consiguiente, los profesionales que van a realizar esa tarea preventiva tienen que estar formados, especializados, sensibilizados. Esto es así. Pero no quita que una comunidad diga “hemos detectado un problema”, imagínate. Imagina, no sé, la asociación de vecinos del distrito de Villaverde pues se dirige a la AA porque está viendo que no se qué y ve necesario que nuestro autobús vaya para allá....Será una cuestión de agenda. Llegará cuando lo digan o dentro de tres meses. Pero se va a atender. Se va a atender.

Yo no sé si te estoy contestando, es decir...yo no creo que cualquiera que diga “oye, por una buena causa, con una buena intencionalidad, vamos a hacer prevención. Nos reunimos...”. Yo creo que si queremos darle cuerpo científico a la ciencia de la Prevención creo que hay que formarse. Creo que hay que formarse. Porque ya estamos en otra era. Ya estamos en otra era de cuando en la Prevención valía todo. De verdad. Yo no estaba en ese momento pero los verdaderamente históricos es lo que dicen. Que valía todo.

1: Ya por terminar si te parece...

E8: Sí, pero no sé si te he respondido.

1: Sí, sí. Una cosa no está reñida con la otra. La complementariedad...

E8: Claro, la complementariedad. Necesaria, vamos. Es necesaria esa colaboración. Pero siempre con el criterio científico-técnico.

1: Esto que dices me genera una pregunta: ¿Lo importante es la consolidación del propio modelo más que la propia intervención? Lo digo por esa doble actividad que desarrollan los organismos y, a veces, no se sabe cuál pesa más. Sobre todo por eso que dices de generar una ciencia preventiva,

¿no? En especial el papel que ocupa la ciencia como ese valor supremo que no puede ser discutido cuando vemos que las drogas son cosas discutibles, donde hay ciertas sinergias pero donde no todo es científico o matemático. En el fondo es saber quién es el protagonista de la acción preventiva, ¿es la propia Prevención o los sujetos que se tienen que prevenir?

E8: No, No. La población destinataria. Es que si no, no hacemos nada.

1: Vale. Y luego, ¿qué relación tiene lo urgente y lo importante ? Sobre todo en términos de Prevención para evaluar por dónde pasa el éxito de una actividad preventiva, dónde se pone el matiz, el acento, en una práctica. Es decir, vamos a la necesidad que estamos viviendo o vamos a...

E8: Yo creo que en Prevención no hay nada urgente. De verdad. No es lo asistencial, un dispositivo de emergencias...no sé qué. No. La naturaleza intrínseca de la Prevención es intervención duradera, intensiva, de edades tempranas, a largos plazos...pues entonces lo urgente...no...

Entonces, ¿cuál es, a lo mejor, la mayor necesidad que tiene la Prevención? Pues como te digo: adaptar los métodos, ser muy vigilante en los patrones y en las tendencias de consumo. O sea, no podemos estar con los programas de la época de los 80s...pero lo urgente en Prevención....lo urgente en Prevención...sobre todo consiste en estar muy atentos al mercado de las drogas, ¿sabes? O sea, que sí, las legales, las ilegales, no sé...pues es lo que te decía: ahora hay “teledroga”.

1: Con esto y por cerrar, has hecho mención a “teledroga”, ¿qué nuevas perspectivas o qué nuevos horizontes encuentras en los consumos, en patrones de consumo, o estrategias de prevención? ¿Qué escenario ves a corto, medio y largo plazo?

E8: Pues mira, yo creo que le daría muchísima presencia, más, todavía más, o sea, tendríamos que espabilar en la presencia de las nuevas tecnologías en materia preventiva. O sea, acorde con los tiempos. O sea, ¿cómo es esto de que F*cebook a comprado a Wh*tsapp? Pues fíjate...la cantidad de información que llega a nuestros adolescentes vía redes sociales, vías páginas web...

1: Por decirlo así, ¿cómo verías la Prevención del siglo XXI? ¿Cuáles crees que serían los pilares sobre los que se debería apoyar la prevención en drogodependencias?

E8: Los puntos y objetivos no creo que cambien en exceso. Pero los métodos, yo daría más importancia a la nuevas tecnologías. Más de lo que ahora mismo estamos haciendo. No sabría decirte. El bus tiene muchos métodos interactivos, pero no sabría decirte... Y, a lo mejor también, una cosa que me ha sobrevenido ahora, porque he hecho una asociación de ideas, al igual que la prensa escrita va desapareciendo y hay más medios digitales, los medios de comunicación deberían de ser todavía mejores aliados de lo que lo son ahora, para ayudarnos en el primer nivel: la concienciación, la sensibilización.

1: En la prevención universal, ¿no?

Pues en principio no tengo nada más que preguntarte. Si acaso agradecer tu colaboración y tu predisposición y dejarte este espacio por si quieres añadir algo que hemos dejado en el tintero, o quieres remarcar algo.

E8: Pues nada. Agradecerte a ti, Jorge. Agradecerte a ti la entrevista. Porque nos pones a los profesionales como a pensar. Una cosa es el quehacer cotidiano y otra cosa es generar y compartir la reflexión de esta bonita tarea que es la Prevención.

1: Perfecto. ¡Muchísimas gracias a ti!

DIRECCIÓN E9:

1: Hola. Antes de nada me gustaría agradecer tu disponibilidad para hacer esta tipo de colaboraciones sin la cual este trabajo no sería posible. Gracias. Dejar claro que cualquier cuestión sobre confidencialidad o información sensible, no hay ningún problema en que tengas las transcripciones y me digas qué te parece bien y qué no.

Aprovechar esta primera intervención para que te presentes y me dijeras quién eres, a qué te dedicas...que me digas en qué consiste tu función en este espacio de trabajo.

E9: Vale. Yo Soy X, trabajo en el Servicio de Evaluación e investigación de la Agencia. Nosotros lo que hacemos es recoger toda la información que hay sobre los drogodependientes, sus características, su evolución de estar en tratamiento y, bueno, lo analizamos y lo tratamos. Sacamos resultados para después, de alguna manera, planificar todo lo que corresponde a los recursos de Asistencia. Por otro lado, hacemos, también, una serie de encuestas y estudios poblacionales para ver en población general y en población escolar, cuál es la, digamos, prevalencia del consumo y qué características tiene ese consumo, edad, inicio, y demás. Todo lo que tiene que ver con conocer cómo es el consumo.

1: Como una primera pregunta general, me gustaría conocer cuáles son vuestros principios básicos de actuación y cuál es vuestra filosofía tanto en la explotación de recursos como en el desarrollo de prácticas y políticas.

E9: Bueno, es un tema bastante amplio pero bueno, en principio, nosotros somos un recurso público, eh. Entonces, ¿cuál es, digamos, nuestro objetivo? Nuestro objetivo es el que todo drogodependiente que pueda necesitar asistencia la vaya a recibir. Los principios fundamentales son los de igualdad, en el sentido de que no hay ninguna cortapisa para que ninguno reciba tratamiento, eh. Porque no hay consideraciones de ningún tipo, ni de legalidad ni de ilegalidad y tal. Los recursos son recursos abiertos. De hecho, hay, en función del tipo de consumidores, hay diferentes tipos de acceso, ¿vale? Unos que serían el primer acceso, en los cuales no tienen que identificarse los sujetos. Y luego ya, según va avanzando...

Luego otra de las cosas importantísimas es el planteamiento de decir, “bueno pues yo voy a intentar que esos sujetos con los que he tenido un primer contacto, tengan o vayan incluyéndose en el sistema sanitario para que reciban la atención de forma adecuada”. Y luego no es sólo decir “detecto los sujetos que necesitan Asistencia, les doy la Asistencia y después intento que se vuelvan a reinsertar en la sociedad”. Es un poco el planteamiento, el recorrido que tiene la Agencia como organismo público.

1: Retomando algo que acabas de decir: ¿cuál es el perfil, o los perfiles, de los usuarios y usuarias de este servicio? En términos generales y luego en cuestiones como el género, la diversidad cultural...

E9: Sí. Pues mira, más o menos, nosotros tenemos como un 80% de varones frente a un 20% de mujeres en tratamiento. Con respecto a de dónde proceden, depende mucho del servicio pero de forma global suele haber un 90% de personas que han nacido en España frente a un 10% de personas que son inmigrantes. Esas personas provienen, principalmente, de Marruecos y algunos subsaharianos pero fundamentalmente son marroquíes. Y en el otro sentido, digamos, países de Europa del Este y algo también de lo que es todo el continente sudamericano.

Son sujetos que en principio... ha variado mucho el perfil, eh. Ahora son sujetos que están en este momento bien adaptados desde el punto de vista...pues que viven en una casa, que tiene un nivel de estudios más o menos primarios. O sea que no están, no están... para que veas, un dato: un 5% de los sujetos vive en lo que nosotros llamamos un alojamiento precario, ¿no? Que no tienen una residencia como tal.

1: Y ese uso, ese infrauso, por decirlo así, esa diferencia que hay, ese contraste entre nacionales y extranjeros, entre hombres y mujeres, ¿cree que se debe a una cuestión en especial o simplemente son cuestiones como el acceso, la disponibilidad al acceso de esos servicios o por qué cree..

E9: Hombre, la proporción de extranjeros es bastante parecida a la que hay en la población general, con lo cual y en principio... Indudablemente, digamos que pueden tener menos acceso pero con los recursos de acercamiento que hay, creo que no es real. O sea, creo que sí hay acceso.

Con respecto a la diferencia entre hombres y mujeres, es algo como conocido. Al igual que en las cárceles hay un 80% de hombres frente a un 20% de mujeres. Más o menos la proporción es casi la misma. Probablemente tenga que ver con características biológicas, casi te podría decir, ¿no? De las diferencias entre hombres y mujeres. El hombre, en general, es mucho más...digamos que tiene unas tendencias mucho más impulsivas y todo lo que son conductas violentas o conductas de riesgo; más que violentas de riesgo, ¿no? Es más frecuente en su caso. Entonces ahí, el consumo de drogas, o el probar drogas... es más frecuente. De hecho, cuando ya no hablamos de drogodependientes en tratamiento, sino cuando hablamos de drogodependientes....o de personas que consumen, en población en general, ehh...nos encontramos que las mujeres consumen más drogas legales y los hombres consumen más drogas ilegales. O sea, que ahí mismo te vuelves a encontrar con ese concepto de riesgo, ¿no?

1: De acuerdo.

Desde tu óptica, o desde vuestra óptica, ¿qué me podrías decir sobre los viejos y los nuevos consumos? ¿Ha habido una evaluación? ¿Crees que ha habido cambios dentro de la propia experiencia española?

E9: Sí. Ha cambiado muchísimo. De hecho, esta Agencia empezó siendo Plan Regional Sobre Drogas y prácticamente en ese momento era sólo heroína. O sea, correspondió a todo eso que fue la Gran Epidemia de heroína en España. Que, además, trajo consigo a España todo el tema del VIH y SIDA que fue un tema muy importante. De hecho se morían muchos porque era un tema muy gordo cuando empezó. Y ahora mismo no es ese consumo. Ahora mismo tenemos un porcentaje de consumidores de heroína drogodependientes mayores, que continúan, que están ahí pero lo fundamental es cocaína y otras sustancias, y en el caso de los jóvenes cannabis. Fundamentalmente. Y además también cocaína. No tanto, pero también cocaína.

1: De acuerdo. Siguiendo con esta cuestión de nuevos consumidores y los consumidores de largo recorrido, cómo la Agencia reflexiona sobre sí misma para ir cogiendo aprendizajes...

E9: Sí. Hombre, se ha cambiado. Se ha cambiado mucho el tipo de recursos. Se ha cambiado el tipo de duración de los tratamientos. O sea, antes, digamos que eran las comunidades terapéuticas donde se desintoxicaban, donde estaban seis meses... Ahora mismo ya no hay esos recursos. Los recursos son más... se acorta el tiempo de estancia, se hace mucho más tratamiento ambulatorio porque, objetivamente, los consumidores de cocaína están más, mejor, digamos. Están más integrados socialmente y, entonces, eso supone un tipo diferente de recurso. Totalmente.

1: También me gustaría saber el tipo e diferenciación, dónde están los rasgos que marcan esa evolución o ese cambio hacia un tipo de recurso u otro. Es decir, cómo realmente se llega a reflexionar o a comprender a que, quizás, un tratamiento ambulatorio sea más positivo que, a lo mejor, una comunidad terapéutica teniendo en cuenta la experiencia que fueron las comunidades terapéuticas.

E9: ¿Cómo se llega? Hombre, yo creo que se llega, primero por los datos. Porque eso es una realidad. O sea, cuando ves que el consumo es diferente, que la sustancia que se consume es diferente, cuando ves que el tratamiento que tienes que hacer con ellos es diferente, cuando ves que los

sujetos no son sujetos que no tienen casa, que no tienen familia que les apoye...como eran los heroinómanos, ¿no? El heroinómano era imposible convivir con la sociedad. A esos les tienes que dar un tipo de recurso. Tú ves ahora consumidores que mantienen su trabajo, mantienen su familia... De hecho, el hecho de que tú, el tratamiento que les des tiene que ser en horarios que puedan compatibilizar con el trabajo, con tal... pues es lo que te hace cambiar, ¿no?... la experiencia clínica pura, de decir “esto es lo que hay y yo tengo que adaptarme o debo adaptarme a lo que necesita el paciente”, en este caso.

1: ¿Habéis recogido algún tipo de dato, de información, que revele esa cuestión de cómo realmente los tratamientos clínicos o las propias respuestas que se facilitan han estado o han podido estigmatizar o generar una política de Atención que fuera o que tuviera una contraparte, o una parte negativa al propio sujeto? Me refiero en términos de carrera desviada. Es decir, ¿cómo es el equilibrio entre normalidad y drogodependencia? Es decir ¿cómo es ese equilibrio para decir que una persona tiene desestabilizada su vida? O ¿de qué manera podemos controlar ciertas variables para que eso se anule?

E9: La ventaja del, digamos, todo el recorrido en drogas es que hay médicos, hay trabajadores sociales y hay psicólogos, ¿no? Entonces, es un equipo de trabajo muy especial. De forma que todo eso que planteas, lo están recogiendo. O sea, cuando tú atiendes a un paciente desde distintos puntos de vista profesionales, pues vas a poder recoger las distintas necesidades. No sólo la puramente médica, sino que vas a recoger las otras. Yo creo que va por ahí.

1: Vale, vale. Es, sobre todo, por ver de qué manera o saber qué indicadores manejáis para el seguimiento, el monitoreo y la evaluación tanto de esa actividad en concreto como de la actividad general...

E9: ¿Qué indicadores? Manejamos todo tipo de indicadores. O sea, manejamos desde indicadores asistenciales puros, o sea las razones por las que se les da el alta y no se les da el alta, todo el tema que tiene que ver con la utilización de servicios, digamos, qué necesitan, qué no necesitan... ¿no? Eso es fundamental. O sea, indicadores de ese estilo y luego indicadores más, digamos, sociodemográficos. O más epidemiológicos, que son qué edad tienen, si tiene dinero o no tienen, si tiene trabajo o no, qué tipo de trabajo... O sea, hay una mezcla.

1: Y esos elementos, ¿son contruidos ad hoc, post hoc...o un poco entre el antes, el durante y el después?

E9: Sí, quizás una mezcla. Porque, ¡claro! Tú vas recogiendo la información y vas analizando una evolución de lo que está pasando. Tanto a nivel del total de los sujetos, lo que forman los grandes rasgos, como a nivel individual. El equipo que trata al sujeto está tomando sus decisiones según va variando el sujeto, ¿no? O sea, pues por ejemplo, en el caso de heroinómanos de larga duración se intenta pues que, digamos, se intenta... que tengan cosas como poder ir a tomar la metadona a recogerla a una farmacia en vez de tener que ir al centro. Eso les quita un estigma importante, que es lo de tener que ir a un centro de drogas, ¿no? O sea, cosas de ese estilo, ¿no? Pues con los menores se intenta que se haga en un horario distinto, de forma diferente, para que no tengan también ese tema, teniendo en cuenta que van al colegio.

Entonces, ahí, están los dos polos. Uno es en decisiones más grandes, a nivel poblacional, y decisiones individuales, del equipo que lleva al sujeto.

1: Hombre, a mí, sobre todo, me [interesa] la cuestión o la relación que hay...cómo nos comunicamos con otras agencias, otros observatorios o cómo construimos la relación con, no sé, pienso en Observatorio Sobre Drogas, el PNSD, y de qué manera se genera esa red de información que hace que mejore, ¿no?

E9: Pues es igual. Nosotros tenemos, nosotros utilizamos de cara al observatorio español, o sea...los ayuntamientos a nosotros, nosotros al Observatorio español y del Observatorio español al Observatorio europeo, ¿vale? Entonces, hay lo que se llama un sistema de indicadores. Bueno, hay varios. Porque hay un sistema que es como el más global, que es lo que se llama “El sistema estatal de información sobre toxicomanías” que tiene tres polos, que son: tratamiento, urgencias hospitalarias y mortalidad. Entonces, nosotros recogemos los datos de acuerdo a un protocolo que es común a todas las Comunidades Autónomas y eso se envía al Observatorio español, y el Observatorio manda algunos de esos datos al Observatorio europeo en función de lo que se le pide.

Luego existe otro sistema que se llama de “Alerta temprana” que va más enfocado al tipo de sustancia que consumen, sustancias nuevas y tal... Ese sigue, digamos, el orden contrario. Normalmente suele ser el Observatorio europeo el que ve cosas en los países, detecta determinadas sustancias y las va comunicando hacia abajo. Entonces, tú, esa información la repartes para que todo el mundo esté, más o menos, al corriente.

Luego, cosas que son comunes también: pues las encuestas poblacionales que se hacen, se hacen siguiendo el mismo criterio, con las mismas preguntas, con la misma periodicidad... Con lo cual tú tienes una visión de lo que te pasa a ti y de lo que le pasa a otras comunidades y, ahí, puedes ver diferencias entre tu Comunidad y otra en función de los resultados que salen.

1: Y cuando encontráis una realidad emergente, como por ejemplo un nuevo consumo o una nueva sustancia, ¿de qué forma se recoge o cómo se trabaja esa información que antes no estaba?

E9: Se recoge, puramente, por difusión de la información, eh. Y se trabaja, depende. O sea, hay algunas que, por ejemplo, no te están afectando a ti directamente y, entonces, lo que haces es que en tus sistemas de alerta, que fundamentalmente suele ser el de urgencias donde sueles pescar los primeros consumos raros, pues lo comunicas al grupo de trabajo que sigue las urgencias y se lo dices: “estate atento a esto, no sea que pueda aparecer esto. Y si aparece, que sí que sepas que cuál es la clínica, cuál es el tratamiento, qué se está haciendo”. En general, el tema de los emergentes tarda mucho tiempo desde que empieza a aparecer en un país hasta que llega realmente al tuyo, pues es muy diferente, eh. Es curioso cómo varía mucho según los países.

1: Centrándonos en la práctica y en la evolución de la Agencia, ¿qué significado está teniendo la actividad que estáis desarrollando? Es decir, mirando hacia atrás y viendo la evolución, ¿cuál ha sido la evolución que habéis tenido y los aprendizajes que habéis sacado de todo esto; de la nada y la epidemia y responde ante la necesidad urgente de un problema social hasta la constitución y la consolidación?

E9: Hombre, uno de los temas que, probablemente, más o creo que se ha aprendido es el trabajar en la integración entre distintos tipos de profesionales para abordar un problema que es multicausal claramente, ¿no? Yo creo que eso ha sido un buen aprendizaje y una buena evolución, ¿no? De hecho se empezó desde un punto de vista muy social, curiosamente, con este tema pero en este momento es un problema en el cual ya se están utilizando lo que corresponde a aspectos más, digamos, sanitarios; sin dejar el social. Son ambas cosas. Porque en los descubrimientos sobre cómo estaban actuando las sustancias sobre el organismo y concretamente sobre el cerebro, pues ha tenido una evolución. O sea, desde pensarse o cómo se podía decir que la drogodependencia era un vicio o una actitud hasta saber que cuando tú tomas una sustancia tu cerebro sufre unas alteraciones, sufre una disminución de determinadas sustancias químicas y necesita que esas sustancias químicas se le repongan digamos, hablando coloquialmente. Entonces, eso indica que ha habido una evolución de la cual se van recogiendo lo que son las investigaciones y los resultados reales del terreno, ¿no? Lo que sabes. Y al revés. En el tema social, la forma de trabajar con ellos también es una forma que ha cambiado mucho, ¿no? De ser una aportación más bien de solucionar

un problema concreto, digamos, de un sujeto a enseñarle, ayudarle, a cambiar su forma de actuar, su forma de ver, de... En fin, yo creo que la evolución ha sido muy importante. Muy importante, vamos.

1: Y desde un punto de vista de los recursos... Es decir, ¿cómo se ha ido enganchando y exponiendo la necesidad de tener más recursos para poder generar mejores políticas?

E9: Yo creo que más que más que recursos lo que se ha hecho, además en los últimos tiempos con todo el tema de la crisis económica, pues en cuanto recursos estamos como todos, ¿no?, pero yo creo que más que ser un problema de más recursos es un problema de qué tipo de recursos. O sea, ir adaptando los recursos a la realidad. Que es más importante eso, ¿no? Porque no es un problema de tener doscientas comunidades terapéuticas, es un problema de tener el tipo de comunidad terapéutica que se adapta a las necesidades del sujeto, ¿no? No puedes meter a un menor de tres años en una comunidad terapéutica sin que vaya al cole, por ejemplo. Eso es fundamental. Y cosas de esas. Entonces, yo creo que es más un problema de “me voy adaptando a lo que estoy viendo que está sucediendo”. Todo eso que es la evaluación: “esta es la realidad y debo...”

1: Y por ejemplo, mirando hacia delante, ¿cuál es la proyección tanto de la propia Agencia como de los consumos?

E9: Claro. Sobre los consumos podemos hablar. De cuál es la propia proyección de la Agencia, es mucho lo que me pides porque no es una pregunta que yo te pueda contestar.

En cuanto a consumos, yo creo que, quizás, el planteamiento que está sucediendo, lo más que es evidente, es el que los... o sea que los consumidores son, digamos, consumidores ya muy adaptados socialmente. Quizás con la excepción del tema de menores que ahí, quizás, el consumo les descoloca todo y ya su vida, evidentemente, cambia: empiezan a consumir y... Con los adultos, yo creo que el tipo de consumo es un consumo más recreativo, más de otro estilo y, por lo tanto, el tipo de atención que van a tener, que van a necesitar, es distinto, ¿no? No es el mismo planteamiento. Mi impresión...tampoco sé si es o cambiará. Porque hay un problema con las drogas que no depende solo de la demanda, del tipo de demanda que hay, sino mucho de la oferta. Si el mercado mundial de la oferta de drogas cambia, cambiará la demanda. O sea, que eso es importante. Porque en otro tipo de cosas no pasa igual. La obesidad u otros problemas de salud hay menos, digamos, relación entre la oferta real y la demanda, ¿no?

1: Has hecho referencia a la relación que hay entre lo social, lo biológico, lo psicológico, y me gustaría saber cuál es el enfoque o el más acertado, más ajustado, teniendo en cuenta lo que es lo biopsicosocial o lo sociosanitario. Es decir, en términos de adaptación y de normalidad, como estás diciendo que realmente la desadaptación es menos notable y que la gente sí que va teniendo unos consumos más regulados, me gustaría saber de qué forma se relaciona ese enfoque de comprender las adicciones y los usos y abusos en drogodependencias en relación a esa cuestión de la esferas, ¿no?, tanto lo biológico como lo psicológico como lo social.

E9: Yo creo que esa pregunta no te lo pueda contestar yo. Ese no es mi campo para nada. Yo creo que es una cuestión más de los asistenciales, ¿entiendes? Porque son ellos los que saben eso. O sea: cómo lo hacen, cuál es su tal, lo que ven día a día... eso es más de ellos.

1: Hombre, yo, a lo mejor, más de ese punto desde la distancia de... tendencias...

E9: Desde la distancia yo veo que, claramente, o sea... Por un lado, hay un punto de vista más biológico. Porque es objetivo que hay un tema que está claro cuál es el comportamiento de las adicciones y que lo hablábamos antes, del efecto que hacen concretamente las sustancias sobre el organismo y hay un enfoque que es el utilizar los medios que tenemos para paliar eso, ¿no? Pero también sabemos que sólo eso no es válido, que falta otra parte. Porque, indudablemente, a igualdad de, digamos, características biológicas, unos sujetos son adictos y otros, no. O sea que ahí

hay una diferencia y esa diferencia la tiene que comprender el otro terreno. Pero vamos, yo creo que es una pregunta más para la gente de los asistentes.

1: Es sobre todo del punto de vista de [comprender] cómo una práctica surge con una población, que es sobre todo la de los heroinómanos, surge la necesidad de dar una respuesta y cómo esa respuesta va evolucionando a partir de un caso que era específico para hacer una política, por ejemplo, general de la cuestión de los elementos, los factores o de los condicionantes biológicos sobre toda la población que son consumidores. Es decir, por ejemplo, cómo, realmente, a través de la heroína se fueron aplicando determinadas políticas, no sé benzodiacepinas y tal que también tienen un grado de experimentación, de segunda generación, se van mejorando las medicinas o los recursos médicos o farmacológicos para mejorar esa disfunción... pero cómo a través de notar esas disfunciones se ha ido viendo que realmente lo que...no sé si lo que interesa es el estudio del cerebro. Es decir de si realmente esta problemática, que es la drogodependencia, ha generado un nuevo campo de trabajo que es el estudio del cerebro y de las relaciones que se generan dentro de él.

E9: Sí, sí. Totalmente. Totalmente. Pero vamos, yo creo que eso como todo. O sea, dicen que el avance de la cirugía siempre son las guerras. Pues es lo mismo. O sea, es evidente. O sea, es evidente que el planteamiento de la gran epidemia de... porque claro, en España, la epidemia de heroína tuvo unas connotaciones especiales por el tema del SIDA. Porque no era la proporción de heroinómanos... o sea de contagios vía, vía, inyección de heroína, vía parenteral, era la más alta del mundo. O sea, tuvimos un problema muy serio. Entonces, es ahí donde fueron, probablemente, los sanitarios levantaron la oreja y dijeron: "aquí hay un problema que no es sólo social. No es sólo de comportamiento. También hay un problema... [sanitario]". Entonces, ahí se ha empleado muchísimo dinero, muchísimos esfuerzos, para intentar ver en qué medida las sustancias modifican el comportamiento, ¿no? Y a través de qué vías puramente neurobiológicas. Prácticamente, en cualquier seminario que vayas a plantear sobre adicciones, se va a plantear ese aspecto. Siempre. Porque es real.

1: ¿Crees que es el factor que más pesa en la balanza? Quiero decir, desde ese descubrimiento...

E9: A lo mejor no. A lo mejor no en el inicio del consumo. O sea, a lo mejor, en el inicio del consumo pesa más lo que es lo psicosocial. Pero lo que es evidente es una vez que ha empezado el consumo, el desajuste neurobiológico que provoca el consumo, hace que esa sea la parte que hay que abordar, que tú no puedes decir... o sea, el planteamiento libre de drogas es un planteamiento casi obsoleto, ¿no? Es que no tiene sentido. ...pausa... Si no le apoyas, ¿no? [golpecito de mano en la mesa] Porque hay una realidad. O sea, que cuando te cuentan que se quedan sin dopamina... si se queda sin dopamina, no puedes pretender que social o psicológicamente le arregles el tema, ¿no? Tienes que darle lo que necesita para que haya un cambio, ¿no? O sea que puede que haya más...o sea, que en cada momento de la evolución de la enfermedad haya un peso mayor de unos factores y, de ahí, en otro momento, de otros.

1: Desde su propia experiencia, ¿cómo evalúa el estado actual de las respuestas existentes en materia de drogodependencias? Es decir, sobre todo, ¿qué marcos, o escenarios, son posibles dentro de esto que estamos hablando de la comprensión, la realización, la implementación y la evaluación de este enfoque?

¿Se está acertando? ¿Hay espacios que no se completan? ¿Cómo lo evaluarías?

E9: Yo creo, yo creo que desde un punto de vista de tratamiento, desde lo puramente asistencial, yo creo que el que necesita y quiere, porque otro problema importantísimo en las adicciones es la voluntad del sujeto, o sea el tratamiento necesita...bueno, quizás también pase en otros pero en este más todavía necesita que el sujeto quiera. Yo creo que desde ese punto de vista está la cosa cubierta. ¿Qué faltaría? Pues falta creo que todo el tema que es dar el siguiente paso de integración en la

sociedad o de poder diferenciar, casi más que...el qué sujetos van a poderse integrar de verdad y cuáles no. Porque no todos van a poder volver a la sociedad de una forma normal, digamos, o sea, integrarse como si no hubiera pasado nada. A lo mejor es el camino que menos está desarrollado. Pienso. Tampoco es mi tema con lo cual tampoco vale mucho mi respuesta porque yo creo que es una respuesta para que te la dé la gente que se dedica a esa segunda parte que es la, digamos, reinserción. Aunque ellos mismos dicen que no es una tercera fase sino que empieza desde el primer día, ¿no? El camino de la reinserción.

1: A mí, por ejemplo, me preocupa y me gustaría saber tu opinión, ¿desde qué punto de vista se hace una intervención integral pero sectorizada? Es decir, ¿realmente cómo se puede mantener ese equilibrio del éxito de una política médica, asistencial o biopsicosociológica y cómo funciona ese juego de palancas y de equilibrios? ¿Hay más partes? o ¿forman parte de un todo? E incluso el papel que toma el sujeto. Me gustaría saber cómo se consigue esa suma...

E9: Eso, yo creo, eso es mucho mejor que lo hables con la gente de centros. Porque ellos te contarán cómo lo hacen. O sea, lo que sí está claro es que se considera que debe ser así, ¿entiendes? Entonces, yo estoy, digamos, que mi campo es otro y a ese nivel te van a responder mucho mejor ellos.

1: Y por ejemplo, dentro de tu propio campo o tu propia práctica, ¿qué es en lo que más te centras o en lo que realmente es tu...

E9: O sea, de alguna manera, tú...

1: punta de lanza.

E9: Claro. No. Tú buscas conocer a través, digamos, de la información que puedes recoger e intentar hacer ese perfil. De las necesidades del sujeto y de cómo es el sujeto. Y de cuál es la trayectoria que ha tenido. Por ejemplo, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que ha empezado a consumir hasta que llega a tratamiento; para intentar ver si es que ha habido algún problema. O si cambia eso a lo largo del tiempo y eso puede indicarte que la accesibilidad no es la misma. O si la accesibilidad no es la misma en hombres que en mujeres. O nacionales y extranjeros.

Por ejemplo, una de las características que nos llamaba la atención es que...una de las preguntas que nosotros les hacemos es: quién fue el primero que te dio una sustancia adictiva. Y la respuesta no es la misma en hombres y mujeres. En mujeres, casi siempre, es la pareja. Y en hombres suelen ser amigos o el grupo de amigos. No es absolutamente tal, pero sí que hay una diferencia importante, ¿no? Eso te está enseñando un camino. Tú sabes cuál... cuando tú vas a empezar a tratar a esa mujer, no la puedes tratar igual que como vas a tratar al hombre. Porque le vas a tener que hacer separarse de algo que es importante desde un punto de vista sentimental o emocional, ¿no? Eso tiene sus connotaciones. Pues eso es un dato que recoges muy crudamente...

1: desde un punto de vista estadístico.

E9: Desde un punto de vista estadístico. Lo recoges. Le haces la pregunta y tal, pero, de alguna manera, extrapolas qué significa eso. O sea, que no es lo mismo una mujer cuando está en tratamiento. Es importante saber si tiene hijos o no los tiene. Claro. Hay características del entorno de la persona que van a definir cómo va a ser su tratamiento. Entonces, ¿cuál es tu punto de vista? Poder intentar recoger esas características lo mejor posible.

1: Sí. O sea, sí que hay una diferenciación en base a las características, pero sí que hay una cuestión constante o transversal. O sea, más allá de la diversidad de perfiles, sí que hay un mínimo en común: el desajuste o la conducta compulsiva o patológica.

E9: Sí. Pero luego, la forma de abordarlo es diferente.

1: Ajá. Me gustaría preguntarte el propio papel que juega la persona dentro de... el papel activo o no activo que tiene...pero creo que eso es ya más...

E9: Yo no tengo contacto con enfermos. Con lo cual no...

1: Bueno, dentro de esto que está diciendo, pues me gustaría saber qué valor le concede a la multidisciplinaridad y qué beneficios destacaría de ella. Es decir...

E9: Todos. El valor supremo, digamos. Y los beneficios, pues pasa como cualquier problema de salud. Con el de adicciones más por ese fuerte componente social que tiene el consumo. Pero sobre todo en los inicios del consumo. Luego ya la cosa puede ser más parecida a otras patologías, ¿no? Pero en sus inicios, hay muchísimo de ello. Entonces, cuando hables con la jefa de prevención lo verás. O sea, el planteamiento de “qué hacer para intentar evitar el inicio” es fundamental.

1: Factores de protección, ¿no?

E9: Claro.

1: Y de qué forma se estimula dentro de la AA esta multidisciplinaridad

E9: Pues haciendo la misma... O sea, entre otras cosas, aunque solo sea desde el punto de vista de la composición de los equipos, ¿no? Los equipos que atienden al paciente son así. Incluso dentro de la propia Agencia somos una mezcla de médicos, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, ¿no? Eso también te está indicando...

1: La variedad de perfil, ¿no?

E9: La variedad de perfil.

1: Vale. Me gustaría, también, elevar un poco el foco. Hemos estado acercándonos, así, en lo cotidiano, en esos aspectos más micro del funcionamiento de la AA y me gustaría saber, bueno, dentro de este marco en el cual la gente está planteando desde, por ejemplo, el derecho, nuevas estrategias para afrontar las drogas... incluso dentro de las propias organizaciones se plantea la ineficacia de la talla única, de esas políticas iguales para todos, pues sí me gustaría si pudiéramos hablar de un contexto, de una brecha, dentro de lo que es el campo de las drogodependencias para plantear la posibilidad de nuevos, entre comillas, enfoques para la intervención. ¿Realmente se puede hablar de una posibilidad dada la evolución del propio escenario de juego? Es decir, por ejemplo: la globalización y la relación de las drogodependencias de este mundo globalizado... Es decir, realmente puede surgir una forma de aplicar un método de atención a drogodependencias teniendo en cuenta...pues por ejemplo, dar más peso a la prevención frente a la asistencia como un fórmula...luego me gustaría preguntarte acerca de lo urgente y lo importante y la necesidad de dar una respuesta en base a los recursos que se tienen.

E9: Eso, digamos, es un planeamiento ideal, ¿no? Ideal. Pero hay una realidad, siempre, y dicen que la realidad es testaruda. Y es que la Asistencia cuesta mucho dinero. Cuesta muchos recursos. Y, entonces, cuando tú tienes un porcentaje de población muy alto...vamos un porcentaje, un número de sujetos a los que... los tienes ahí y los tienes que atender... es muy difícil que una institución pública pueda, realmente, plantearse... Tiene que responder a la primera necesidad que es la atención, la asistencia. E indudablemente las políticas de prevención se hacen, se plantean, se varían, se buscan medios de abordar, se buscan pues desde en vez de planes largos pues planes breves, ¿entiendes? Se intenta llegar a más población pero de otra manera. Utilizar redes sociales. Utilizar medios móviles... O sea, hay mucho. Pero hay una realidad: que la Asistencia, probablemente, es la que come más. Y eso, mientras no cambie... Eso nos pasa en todo, eh. En políticas de salud en

general, pasa igual. Tú tienes, ahí, la Asistencia que es lo que te traga. Entonces, ¿nuevos abordajes? Se hacen. Se hacen y han cambiado mucho. O sea, eso es evidente. Desde la forma de contactar con los, digamos, sujetos susceptibles de prevenir, ¿no?, hasta intentar que lo que hagas sea eficaz, evaluar... o sea, todo eso te lo podrán decir más detenidamente, pero no puedes olvidar que el 80% de los recursos son para Asistencia, ¿eh? O sea, eso está claro. No hay tu tía, vamos. Yo creo que eso de pensar otra cosa es algo absurdo, ¿no?

1: Y, por ejemplo, de la investigación, ¿qué puntos o aspectos innovativos se están trabajando en la actualidad?

E9: Fundamentalmente, yo creo, que el planteamiento suele ser intentar cuál es el mecanismo de actuación de la sustancia, digamos, para buscar recursos concretos, fármacos concretos que puedan cortar ese mecanismo del funcionamiento, y desde el otro punto de vista, digamos el cómo, pues aumentar la percepción del riesgo sobre la sustancia, porque...o sea, lo que sí parece bastante claro, en todas las conductas humanas, es que ante, si tú a algo lo consideras peligroso, salvo un pequeño porcentaje de población que busca el peligro, eso está bastante claro que va a pasar, ¿no?...con todo el tema de las sustancias emergentes está claro que hay sujetos, que hay grupos de sujetos que buscan las experiencias peligrosas porque las buscan... o sea, tal... pero claro, esos sujetos en el último extremo, tú, mucho podrás atenderlos una vez que hayan cascao o que haya un nivel importante de patología producido por ese comportamiento, pero no puedes hacer más por ellos, ¿no? No hay otra opción. Pero lo que es en población general, yo creo que tu obligación fundamental es buscar la forma de transmitir la realidad, transmitir el “oiga, esta conducta le supone esto. Le supone esto de verdad. No es que se lo diga yo porque yo tengo ideas o planteamientos morales determinados, ¿no? Sino que hay una realidad objetiva”. A mí, por ejemplo, eso me llama mucho la atención que las encuestas que se hacen escolares, cuando tú les preguntas quién quiere que te cuente las cosas sobre lo que hacen las drogas, te dicen que sanitarios. O sea que ellos son conscientes de que hay una información... la información nunca es neutra, pero la información que hay es la que está ahí.

1: ¿Cree que ha habido una evolución desde el punto de vista del degenerado social, por decirlo así, son etiquetas, ¿de acuerdo?; del degenerado social que se veía como esa persona que por drogarse corrompía... estoy pensando en el “just say no” de la política en EEUU de los años 80 y demás... hacia una enfermización [patologización] , por decirlo así si se me permite, de la cuestión de la droga y de la persona? Es decir, el reconocimiento como una enfermedad.

E9: Hombre, yo creo que cuando tú descubres que la sustancia hace algo concreto a nivel de sistema nervioso y, además, es permanente, esa alteración que produce, pues eso es una enfermedad. Es como cuando tú dices “si yo sé que la diabetes se produce por una disminución de la producción de insulina a nivel de páncreas. Yo intervengo desde un punto de vista sanitario.” Es evidente, ¿no? O sea, que por eso te digo que hay como dos etapas, digamos: una previa y una posterior, pero sobre todo una previa en la cual el papel psicosocial es más grande, pero luego hay una real, que está ahí, que tiene unas connotaciones que son sanitarias. Efectivamente. O sea, que eso es una peleíta que hay entre profesionales importante, ¿no? O sea, es decir, “es que se ha sanitizado el problema de las drogas”. No, no se ha sanitizado, se ha descubierto que tiene una parte patológica-biológica importante. Se sabe cómo y se sabe cómo actuar. Y, entonces, tienes que hacerlo. Son cosas diferentes.

1: Yo, sobre todo, por profundizar si estas cuestiones, desde un punto de vista sociológico, tienen una relación de causa y efecto, por ejemplo: marginación y drogodependencia, drogodependencia y marginación, ¿no? Tú crees que realmente es causa-efecto, efecto-causa, resultado... Realmente ¿cómo crees que funciona?

E9: Yo creo, vamos... es que tampoco, es imposible hacer esa diferenciación, ¿entiendes? Es como el absentismo escolar y la drogodependencia. Pasa igual, ¿no? Hay veces... ¿qué pasa?: ¿Que el sujeto como no va al cole se dedica a otras cosas y es ahí donde se empieza a consumir? O es porque como consume ya eso le impide ir a clase, le crea problemas y, por lo tanto, no va... O sea, hay un círculo que es permanente. Es un círculo cerrado. Está claro. Pero yo creo que el consumo produce marginación; más que al revés. O sea, lo tienes claramente. O sea, el consumo está provocando en el sujeto una serie de cosas que le impiden hacer una vida normal. Una vida libre, en el último extremo.

1: Bueno, es curioso de qué forma porque, luego, por otro lado, la gente tiene un consumo más regulado y una vida menos desadaptada, por decirlo así.

E9: Sí, pero durante... O sea, ¿cuál es el problema? Probablemente eso sucede... como si dijéramos... aparte, ahora mismo, lo que está pasando es que hay más tiempo desde que el sujeto empieza a consumir hasta que realmente el consumo le provoca un problema serio. Que el problema serio puede ser la marginación, la tal y la cual... o puede ser el infarto de miocardio. O sea, entonces, por el tipo de sustancias diferentes, hay más tiempo de lo que había antes con la heroína. Porque claro, un sujeto que tiene que inyectarse heroína cada tres o cuatro horas, pues lógicamente, no tiene tiempo para otra cosa: para buscar heroína y para tal. O sea que yo creo que más que, digamos, la sustancia provoque menos desadaptación, lo que hace es tardar más tiempo en provocarla. Y, entonces, durante mucho tiempo estás viendo consumidores que parece que se mantienen más o menos pero, a la larga, llegará el "otro momento". Quizás, por eso, hay una parte de prevención secundaria que llamamos los médicos, o sea que es la prevención que haces sobre los efectos de la patología. No ya sólo para evitar que empieces a consumir, sino una vez que estás consumiendo te reduzca el riesgo del consumo. Quizás es uno de los cambios más importantes, ¿no? Que ha sido muy criticado: la utilización de metadona, la utilización de otros... de todo el tema de jeringuillas desechables y todo ese tema... y eso es prevención secundaria en el último extremo. Es decir, "bueno, vale. El sujeto está esto, no puede no se qué pero le evito que eso le haga mayores daños".

1: Por ejemplo, ¿cómo evaluaría la política de atención a los adictos de heroína con la metadona y con otros experimentos y experiencias que se basan en la heroína?

E9: Yo creo, pero vamos es una opinión personal... pero yo pienso que hay una realidad, la utilización... o sea, la utilización de metadona ha sido una cosa que ha sido, que es, factible, fácil de manejar, digamos, y coste/eficacia importante. O sea, entonces, es un buen sistema cuando tú hablas de población. ¿Que a nivel individual puedas utilizar otras medidas, en sujetos concretos, en determinadas circunstancias y con determinados tales? Pues sí. No quiero decir que no. O sea, como pasa en todos los tratamientos: hay sujetos a los cuales, determinado tratamiento se lo puedes dar. Pero lo que yo tengo clarísimo es que la utilización de heroína como medio para dejar la heroína o para tal, o sea, eso no puede hacerse a nivel poblacional. No hay lugar, ¿no? O sea, sería dentro de un planteamiento individualizado de atención al sujeto; sujetitos, un número pequeño para poder beneficiarse de ese tipo de políticas, pero la mayoría no.

1: ¿Por? ¿Por la dificultad de manejarlo?

E9: Por la dificultad de manejarlo. O sea, para dar la heroína el número determinado de veces que tienen que inyectarse, las condiciones que tienen que tener para inyectarse, dado, digamos, las circunstancias que rodean a todo eso... es, casi imposible de hacer, ¿no? O sea que... Se hace. Se ha hecho, ¿no?, pero supone, a nivel poblacional... no es fácil hacer eso. No es una solución para todo el mundo. Es una solución, a lo mejor, para un grupo pequeñito, muy clarito, muy recortado de consumidores.

1: Bueno, a mí, sobre todo, me gustaría volver a recalcar la relación dentro de los estudios...

E9: Tenemos poquito tiempo ya, eh.

1: Sí, sí. Es ya la penúltima pregunta. Era la última, pero por si acaso salía alguna otra.

...la relación entre lo urgente y lo importante, ¿no? Realmente, ¿cómo se generan políticas cuando lo urgente pesa más que lo importante o cómo poder destacar o subrayar la necesidad de lo importante frente a esa urgencia? Sobre todo para generar políticas que se evalúen en el corto, el medio y el largo plazo.

E9: Bueno, yo creo que eso ya lo hemos hablado un poco. O sea, hay una realidad, que es la de la Asistencia, que pesa muchísimo. Sobre todo a nivel de recursos. Pero yo creo que no se dejan las otras, eh. O sea, que no se deja. Porque, además, a lo mejor, hasta la propia estructura... cuando tienes un servicio que se dedica a la evaluación de los datos, tienes otro que se dedica a la Prevención, con lo cual, lógicamente, centra todos sus esfuerzos en ese tema, y tienes otro que se dedica a Asistencia, ¿no? Tú estás utilizando esa forma. El peso, todavía, a otros niveles, los que están por encima de los servicios como tal, son los que tienen que ir balanceando tus propuestas. Porque, claro, tú planteas las propuestas tuyas, puras y duras, ¿no? O sea, entonces, ¿cómo se evita? Pues como en todas. Es que no creo que haya mucha diferencia en el tema de drogas respecto a otras políticas de salud, ¿no?

1: Es sobre, para finalizar, si cree que para la definición de lo que es la realidad sobre las drogodependencias pesa más la cuestión estadística o si realmente hay otras, otros... bueno, lo estadístico, que es esa cuestión científica que deja de lado o no teniendo tanto en cuenta esas cuestiones que son más micro del relato de la propia vivencia de esas personas que están viviendo esos procesos desadaptativos.

E9: Sí. O sea, vamos a ver, yo creo... Primero, no es lo mismo estadística que epidemiología. La estadística es puramente analizar los datos y ya está. La epidemiología es otra cosa, ¿vale? La epidemiología no sólo analizas los datos, sino que infieres sobre los datos. Y en esa parte de inferencia es donde, de alguna manera, añades otras cosas. Añades conocimientos de otras fuentes que pueden ser estudios sociológicos, otro tipo de estudios... o sea, lo que serían los estudios cualitativos que tienen que ver más con pues grupos de trabajo entre profesionales, o grupos de trabajo entre los propios...o sea, cuando vayas a los centros verás que tienen un porcentaje de trabajo importante de grupos, o sea, de afectados, de pacientes. Todo eso, lo vas infiriendo. Lo vas viendo en tu, en tu... cuando tú difundes una información, la retroalimentación y demás... eso va añadiéndose al puro dato, ¿no?, que sería lo que tú hablas de estadística. Entonces, la epidemiología no es sólo estadística, ¿eh? De hecho sería lo de menos casi, ¿no? Tú vas metiendo, cuando tú haces encuestas no sólo metes datos, sino que metes también opiniones, metes también valoraciones, metes también... O sea, todo eso lo juntas, digamos, y sacas un producto que es un análisis de la situación, ¿vale? Que es epidemiológico. Eso por un lado.

Durante algún tiempo se utilizaron otro tipo de técnicas, más lo que se llamaban... por ejemplo, la técnica de bola de nieve que es preguntar al consumidor y tal... Eso se sigue haciendo. Se sigue haciendo. Hay determinados, digamos, grupos que lo hacen. Quizá, a nivel de Comunidad Autónoma, a nivel ayuntamientos, que estamos muy cerca del sujeto, eso sucede menos pero yo creo que a nivel más global, más nacional, más europeo, la parte esa sí que se hace, ¿entiendes? Quizás es más difícil hacerlo cuánto más cerca estás del paciente; desde ese punto de realidad, ¿no? Pero sí se hace. Se hace mucho. Con el tema del botellón, por ejemplo, ha sido, en su parte sociológica, ha sido una parte muy importante: el pensar cómo... Aunque, desgraciadamente, yo creo, la solución ha sido la puramente sancionadora. Curiosamente, ¿no? Todas las demás soluciones que se han planteado de educación, de formación, de concienciación y tal... no sirvió para nada.

En el otro tema, sí. Porque es real que la visión que tiene la sociedad de cómo es el adicto, pues tiene importancia sobre si se convierte en drogadicto o no. Con la heroína pasó. Tú ahora dile a un sujeto que empiece consumiendo heroína. No empieza consumiendo heroína. Porque la imagen del

heroinómano es una imagen horrible socialmente. La del cocainómano no se ve de esa manera, ¿no? O el que consume cannabis, ¿no? Se ve de otra manera y, entonces... O sea, que a ese nivel sí que importa. Que sí que se hace. Sí que se sigue haciendo porque se es consciente de la importancia... Todo el tema de campañas, de tal... no sé... Introduce otro tema que no es puramente el estadístico. NI siquiera el epidemiológico.

1: Ya para finalizar, ¿cree que todavía la droga sigue siendo ese punto, ese ligado social, ese enganche, dónde la gente puede, lo que dices tú, la búsqueda del riesgo, la búsqueda del conflicto como ese punto visible para vehiculizar ciertas pulsiones internas del sujeto ... Es decir, por ejemplo, cómo se dice, el sobre alcoholismo que hay los fines de semana...o quizás cree que...

E9: No. Yo creo que hay una mezcla. Como en casi todas las conductas humanas. Hay una mezcla en la cual habrá un porcentaje que es puramente como el que se tira en el ala delta, ¿no? O sea, hay un porcentaje de personas que buscan el riesgo. Vale, ahí está. Y luego, fundamentalmente, hay un problema de tipo social, de ser igual a los demás. Ser igual a los demás.

1: ¿Igual a través del consumo?

E9: A través del consumo... A través de la participación en esas acciones, yo creo. Más que el consumo. Porque, ten en cuenta, muchísimos casos, por algunas encuestas que les hicimos a los que venían sancionados por el botellón, había un porcentaje importante que te decía... era anónima la encuesta, o sea que no era por esto...además ya estaban sancionados. O sea que no tenía que ver con la esta, pero que te decían que ellos no estaban consumiendo; alcohol, por lo menos. Y te lo crees. Porque no iban allí por el consumo de alcohol solo, iban porque allí estaba todo el mundo. O sea, eso es una realidad. Entonces, el comportamiento humano es lo suficientemente complicado, complejo, como para que tenga diversas causas, ¿no? No es una sola causa.

1: Vale. Bueno, pues por mi parte ya he finalizado. Si quieres añadir algún tipo de cuestión, algo que a lo mejor crees que no te he podido preguntar y que creas que es importante dentro de tu actividad o de tu espacio de trabajo, pues te dejo este momento y, sobre todo, agradecer tu tiempo y tu disponibilidad a recibirme.

E9: Yo lo que, creo que hemos hablado bastante y más o menos está todo lo poco que, realmente, puedes tener claro de las cosas, ¿no? Porque todo lo que cada uno trabaja o ve, ahí algunas cosas que te parecen fundamentales y otras que son el día a día y van cambiando según tú vas evolucionando en el trabajo. Y que es una opinión personal todo lo que hemos hablado. No es una política estructural como tal, ¿no?

1: Pero, ¿se tienen certezas?

E9: Se tienen certezas que tienen que ver con todo lo que es el análisis epidemiológico en mi caso concreto, ¿no? Porque las hay y están ahí. O sea, si antes teníamos un cinco por ciento de sujetos que vivían en una casa y ahora tenemos un sesenta por ciento, pues algo hay... Es una certeza de que eso ha cambiado. O si tenemos la certeza de que la mayoría de los sujetos tenían problemas con la ley, de los consumidores, y ahora como el setenta por ciento no ha tenido problemas con la ley... es otra certeza.

1: Algo nos dicen en el tema. Quizás la cosa sería saber qué nos está diciendo, ¿puede ser?

E9: Claro. Esa segunda parte es la parte en la cual, quizás, intervienen otros elementos de los puramente... el dato. Pero, evidentemente, te está reflejando algo. Te está reflejando una situación diferente de entre los consumidores. O sea, en eso no hay ninguna duda. ¿Qué sea debido a la sustancia? Pues probablemente no. También tendrá importancia, pero...

1: Vale. De nuevo, muchísimas gracias.

E9: De nada.

1: Muchas gracias.

GESTIÓN CAID E10:

1: Antes de nada, muchas gracias por tu tiempo, por prestarte a esta entrevista y, bueno, como ya te dije, garantizar la confidencialidad y si algún tipo de información que creas conveniente o que no quieres que se publique, o lo que sea, totalmente abierto, pues si no fuera por vosotros, esto no sería posible. Y, bueno, así para abrir fuego y empezar, me gustaría que me comentaras cuál es tu formación, a qué te dedicas y cuál es tu trayectoria como profesional de la atención sociosanitaria.

E10: Sí. Yo soy psicóloga clínica y, luego, tengo formación de Máster en Modificación de Conducta, en Recursos Humanos, las tres especialidades de riesgos laborales, porque soy [posición en el centro] y, entonces, mis funciones son funciones de Gestión y también funciones de Clínica como psicóloga clínica. Atiendo a usuarios que tienen dificultades con el consumo de drogas y, también, una de mis funciones es en Prevención en materia de drogas...Damos cursos, también, a los padres en las edades de inicio en el consumo de drogas –secundaria, 15 años o así- y, básicamente, esas son mis funciones: Gestión y función clínica. En el formato individual y grupal, porque aquí en el municipio también hacemos grupos; para ser más eficientes: menor coste y en el tiempo menor.

1: Vale. Para ir poquito a poco hablando y rompiendo el hielo, me gustaría empezar con unas preguntas que son más superficiales o a gran altura y, bueno, me gustaría saber qué me puedes decir en materia de consumos y recursos para la atención. Es decir, ¿qué os encontrasteis cuando os pusisteis en marcha y qué encuentras hoy?

E10: Hum. Sí...

1: Pero bueno, como tú quieras... en relación a consumos y recursos.

E10: Sí. Los consumos, a lo largo de los años, han cambiado, eh. Y el perfil. Y, en un principio, en el 88 cuando yo empiezo a trabajar, empiezo a trabajar en un recurso de día, que es San Blas, era el recurso que era la primera experiencia piloto como Centro de día y para la Atención a las Drogodependencias y en ese momento, los usuarios que acudían, los primeros usuarios que ya empezaban a tener problemas con el consumo de heroína, de los opiáceos. Y hablamos del año 88. ¿Recursos que había? Había bastantes recursos personales, entramos gente muy joven con muchas ganas de hacer cosas, eh... psicólogos, era un equipo multidisciplinar; igual que ahora: psicólogos, trabajadores sociales, médicos... y los recursos teóricos, pues no existían. No había tradición en España de trabajar el tema de las drogodependencias. Estaba ahí SaludMental que trabajaba el alcoholismo, pero bueno, como algo un poquitín más aislado. Y tampoco tenía muchos recursos porque, históricamente el trabajo del alcohol lo hacían los propios ex alcohólicos siguiendo el modelo de los 10 pasos de los ex alcohólicos americanos. Y, aquí, en España, en el 88, con relación a los consumos de los opiáceos, no había programas. En ese momento, recuerdo que iniciamos, empezamos elaborar programas sobre todo relacionado con los programas, los pocos que había, de alcohol. En ese sentido, pues, los profesionales que más sonaban y que habían trabajado con el alcohol, que habían hecho otros programas que nos fueron de utilidad, fueron Marlatt y Gordon que ya tenían un programa de prevención en recaídas y que, ahí, es de dónde arrancamos y empezamos a elaborar los programas para la atención a las toxicomanías y, en ese momento, el perfil era de consumidores de opiáceos.

Sobre... ahí es cuando empieza a iniciarse, también, todos los recursos del Plan Regional de Drogas que es como se llamaba lo que corresponde ahora a la AA, que pertenecía, también, a la Comunidad de Madrid; y empiezan a verse los distintos perfiles, o las distintas necesidades, y, a partir de ahí, los distintos recursos para cubrir esas necesidades de esos perfiles. Empieza a haber una proliferación de recursos para situaciones de la gente que está en situación de calle, recursos hospitalarios para desintoxicar a aquellas personas que no podían hacer una desintoxicación ambulatoria. Aparecen los recursos para personas que tienen dificultades de autocontrol y que no pueden hacer un tratamiento ambulatorio. Aparecen las primeras comunidades terapéuticas; digo desde el ámbito de la CAM y del ámbito del PRSD. Y... Es decir, es un momento muy emotivo y además donde empezamos a participar, pues, gente muy jovencita, con mucha ilusión... Y, a medida que van pasando los años, sobre, según yo creo, los 90 empiezan a aparecer otros perfiles, las primeras personas que tienen problemas, consecuencias con el consumo de la cocaína. Empieza a valorarse cómo los tratamientos libres de drogas no tienen los resultados esperados y aparece, ahí, el nuevo tratamiento de apoyo con el mantenimiento de metadona para conseguir otros objetivos: no la abstinencia total, pero sí la reducción de daño o, quizá, bueno, pues una forma de conseguir la abstinencia pero un poquitín más alargada en el tiempo; les mantengo con metadona y, luego, cuando veamos que hay otras variables que has conseguido...empleo, mejora en las relaciones sociales o familiares... quizás podamos plantearnos el objetivo de abstinencia total. Es decir, sobre la evolución de los programas que hay, vemos, empezamos a tener feedback de qué cosas son y están siendo eficientes

y eficaces, y qué otros recursos necesitamos para los objetivos que no se cumplen. Y ahí es cuando aparecen los programas de mantenimiento con metadona y aparecen, también, esos primeros casos y el inicio de asistir a las personas que tienen problemas con el consumo de cocaína.

Con el consumo de cocaína, el perfil, y otras drogas, como las drogas de diseño que son también un poquitín más adelante pero sobre la década de los 90, eh... se... una de las características es la politoxicomanía; se está dando la circunstancia cómo la misma persona, o consumidores de heroína que consumían heroína y nada más... los consumidores de cocaína, vemos que, estadísticamente hablando, también, abusan del alcohol. Incluso, bueno, otras drogas como puede ser el hachís, para ir amortiguando las consecuencias negativas de los consumos de una sustancia. O modular los efectos que tengo. Y van apareciendo ya recursos específicos para atender a esta población. Por ejemplo la clínica Nuestra Señora de La Paz, que es un recurso específico para trabajar con los consumidores de cocaína. Van aumentando, es cuando ya aparece el nombre específico de Agencia Antidroga con la idea también de coordinar todos los recursos, bajo mi punto de vista, que había en la CAM. Y entiendo por CAM como la propia Comunidad de Madrid como organismo público y el Ayuntamiento de Madrid... Coordinar todos los recursos...

[Pausa: suena el teléfono de la oficina de la entrevistada. Paramos la grabación y continuamos]

1: Vale. Me estabas comentando sobre eso... entendiendo a la Comunidad de Madrid como recurso, Agencia Antidroga y cómo se fue expandiendo.

E10: En ayuntamientos. Sí. Aunque tiene sus propios dispositivos cada uno y sus propios recursos. Y ha sido, en todo momento, redes paralelas que, ahora, a fecha de hoy, sí que, bueno pues parece ser que el objetivo con la nueva ley, con la nueva norma, es trabajar, eh, bajo la CAM.

1: ¿Cómo está afectando la nueva ley de transferencias y cómo crees o qué escenario crees que puede marcar?

E10: Pues es que de momento, según yo creo, todavía no es algo que esté poniéndose en práctica... ¿cómo puede afectar? Lo que ya parece que sí que está afectando es menos recursos. Aunque es verdad que, también me consta, la idea es de los recursos que se han mantenido y que existen, también tratan de ajustarse a las realidades de dar solución a los perfiles que tenemos y a las

necesidades que tenemos. Pero parece ser que sí, que menos recursos. Que a lo mejor es hasta eficiente. No redes paralelas ni recursos paralelos, ¿eh? Pero de momento no sé nada más.

En cuanto al recurso en el que trabajo yo, que es un recurso municipal, con convenio, eh, hasta ahora económico por parte de la Agencia Antidroga y por parte del Ayuntamiento... parece ser que estos recursos, sí que se plantea, lo que se ha oído, los rumores, que determinados centros pueden dejar de existir para dar paso a centros más grandes y que abarquen zonas, como las áreas de Salud que hay en la CAM. Pero todo esto son rumores y a fecha de hoy no se sabe nada.

Hombre, hay mucha preocupación en cuanto a los profesionales. De si va a haber recortes, si va a haber menos recursos, menos centros municipales, en menos municipios de asistencia para las drogodependencias... Pues parece ser que la fórmula matemática es menos. Menos de todo: menos profesionales, menos recursos y mayor ratio para atender a las personas que tienen los problemas.

1: Bueno, ahí ya estamos abriendo paso a la siguiente pregunta que te quería preguntar que era: ¿cómo valorarías el estado actual de las respuestas existentes en materia de drogodependencias? Desde un punto de vista que estamos hablando de recurso y la disponibilidad de respuesta a unas personas con un determinado perfil y una determinada problemática... Es decir, si cubre, si llega, o no; y luego, por otro lado y si quieres me la respondes más tarde, evaluar el impacto del enfoque biopsicosocial sobre terreno. Es decir, realmente ese planteamiento, esa definición de estrategia de abordaje, cómo luego llega al centro de atención desde un punto de vista del día a día o lo cotidiano.

E10: Me he perdido ya, Jorge. ¿Cuál es la pregunta? Dime al primera y luego la segunda.

1: ¿Cómo evaluarías el estado actual de las respuestas existentes en materia de drogodependencias?

E10: Bueno, pues actualmente yo la valoro bastante buena. Porque, realmente, sigue habiendo recursos aunque creo que algunos se han cerrado, pero sigue habiendo. Disponemos de recursos de primer nivel, que es un centro como éste donde puede acudir cualquier ciudadano a decir “tengo problemas” y se le da una respuesta inmediata. De hecho, nosotros tenemos una serie de criterios de calidad para en el mismo día se le informa a la persona y en no más de dos días se le da la primera cita. Entonces, hoy por hoy, a fecha de hoy, hay una buena respuesta y una respuesta bastante inmediata. Yo hablo desde mi centro, claro. No sé muy bien la respuesta que dan en otros centros. Nosotros, hoy por hoy, con los mismo recursos, no hay lista de espera y damos, ya te digo, en dos días cita a la persona que viene con los profesionales. Y en quince días, tenemos como objetivo hacer la evaluación y en cuanto antes empezar a trabajar con estas personas. Porque una de las características que define este problema es, pues, cómo cambia la motivación. Entonces, nos interesa cuanto antes dar respuestas y empezar a trabajar. Y enganchar o influir en esa persona para solucionar sus problemas con nuestra ayuda. De aquí en adelante, pues, pues veremos.

1: No sé si sabes la cifra exacta, pero ¿cuánta gente, más o menos, atendéis en un curso?

E10: Pues mira, aproximadamente, yo creo... Nosotros tenemos... Claro, esto... hablamos también de acumulativos. Porque hay personas que no puedes decir “a fecha tal”, porque los datos son de gente que tenemos, que ya arrastras del año pasado y, al mismo tiempo, gente que está entrando. Gente nueva que pueda entrar, con miedo de equivocarme, cada año, pues yo calculo, calculo que pueden ser entre ciento cincuenta y doscientas personas. Más luego añadiendo los que vienen que continúan el tratamiento... Entonces, nosotros, en total, en activo, solemos tener entre quinientas personas. Trabajando con ellas. En cuanto a Asistencia, eh. Porque hay dos macroprocesos: uno es Asistencia y el otro es Prevención. Si contamos ya las intervenciones que hacemos y el impacto que tienen las intervenciones de Prevención en la población del municipio...ufff, muchísima gente. Eso te lo podría mi compañero que lleva los programas de prevención.

1: Y, por ejemplo, ¿cómo ves la diferencia entre esos usuarios o drogodependientes de largo recorrido y los nuevos perfiles que os vais encontrando o que van viniendo?

E10: Bueno, sí. Nosotros, los nuevos, nuevos, nuevos perfiles que ya llevamos casi más de un año o así con ellos, son los consumidores de alcohol. Estamos atendiendo, también, a consumidores de alcohol. Entonces, los consumidores de alcohol, la diferencia que veo entre los perfiles... Fíjate, si distribuimos como tres perfiles: los anteriores, cuando se inició el PRSD que eran consumidores de heroína, que la mayoría de ellos están en el programa de mantenimiento con metadona. Luego, otro perfil son los consumidores de cocaína y drogas de diseño, que es gente, personas que la utilidad o la función y el entorno donde consumen las drogas es, más bien, lúdico; es esnifada y no tan perjudicial como la de heroína que era intravenosa y tenía más riesgos añadidos... Y, luego, otro perfil son los que consumen alcohol. Este nuevo perfil, a diferencia de los consumidores de heroína, es un perfil muchísimo más normalizado. Un perfil donde suelen tener familia, algunos tienen también trabajo a pesar de las circunstancias actuales...y todas estas circunstancias, claro, son circunstancias que favorecen, también, el proceso de rehabilitación y el cambio de ese hábito.

Los consumidores de heroína, que están con metadona, alguno ha salido. Bajo mi punto de vista y sin datos por delante, yo creo que han salido los que tenían... los que más se parecen a estos nuevos perfiles que tienen más apoyo social, eh, y bueno, también más recursos económicos y competencias. Y eso yo creo que son los menos. Los más son los que, desgraciadamente, han ido muriendo. Porque en ese perfil, pues han dejado de consumir heroína pero han empezado a consumir alcohol y se han ido deteriorando más, fisiológica y socialmente...

Y el perfil más jovencillo, ahí, metemos bueno, pues los consumidores de cocaína, hachís... dentro de que se pueden diferenciar, también, bien drogas de diseño.... Pues, en términos generales, es la función de diversión, el contexto donde se consume es un contexto lúdico, no hay tanto deterioro físico, socialmente la percepción también es mejor. Es, además, gente jovencilla que se preocupa por su aspecto físico e, incluso, estar en forma, ir al gimnasio y musculitos...jejeje.... Aunque luego, las consecuencias, pues claro que sí, si eso continúa y se va generalizando más el consumo y tiene más pérdida de control...pues pueden ser más graves. También muy graves.

Pero esos son los distintos tipos de perfiles. Ahora yo, sobre todo, estoy viendo a gente que consume alcohol y... y yo estoy ahora, será porque es un perfil nuevo y también me gusta lo nuevo, pero sí que veo que los resultados... se consiguen más resultados. Estadísticamente hablando. Porque ya sabes que cada persona es única y sus circunstancias. Y eso es con lo que hay que trabajar. Pero estadísticamente hablando, yo creo que sí se consiguen más resultados por eso mismo: porque mantienen más apoyos sociales y, a veces también, apoyos económicos. Y bueno...

1: Y, por ejemplo, ¿qué valoración hacen las personas que hacen uso de este servicio?

E10: Pues muy bueno. Muy buena valoración.

1: ¿Y cómo lo transmiten y cómo recogéis esa valoración?

E10: Muy buena valoración. Sí. Nosotros tenemos un sistema de gestión de calidad, eh, que es el EFQM y, además, tenemos la acreditación del +500, toda una serie de menciones y de premios y, entonces, sí que tenemos muy protocolizado y tenemos, pues, todos los manuales que el modelo propone y que dice que hay que tener. Y, entre esos documentos, hay una encuesta de satisfacción que se les pasa tanto a los usuarios como a la familia. Contiene una serie de ítems, desde el recinto, la infraestructura, desde el trato, desde... y es muy buena. La valoración es muy buena. No sé si te interesa el dato, si no, se lo puedo preguntar a mi jefe que se me ha olvidado... pero es una valoración con escala de cero a diez y yo creo que estamos muy cerca del nueve si es que no estamos en el nueve. Pero si te interesa te lo puedo decir. Pero es muy buena.

1: Sí, es interesante para ver de qué forma o cómo la gente ve este tipo de servicios y bueno...

E10: Y, luego, también es verdad, Jorge, que utilizamos, también, grupos focales. De vez en cuando sí que preguntamos y sí que utilizamos determinadas herramientas para tener feedback. Con el compromiso, ya sabes que todos estos modelos de calidad, de la mejora continua. Y hay muchísimas cosas que tenemos que seguir mejorando. Y en cuanto a las expectativas de servicio y cómo nos ven, por lo menos, la expectativa que tenemos es mantenernos. Nunca bajar, eh. Bueno, pues es un buen dato y resultado el que tenemos.

1: La gente cuando viene o cuando ya está dentro del programa, ¿qué nivel de participación o de protagonismo tiene?

E10: Bueno, pues mira, una de las herramientas que utilizamos es, además, un...que tiene que ver con este modelo de gestión de calidad, es un... tenemos publicitada una Carta de Servicios para que vean los compromisos que tenemos y, también, una Hoja que no es de reclamaciones, sino que es una Hoja dónde, está dirigida al Director, y pueden participar, tienen total libertad para proponer cambio de profesional. El Director en no más de quince días se compromete a hablar con esa persona y según las valoraciones, de las circunstancias de las propuestas, pues accede. Accede, pero con esa idea... De entrada, todos estamos acostumbrados a que nos piden cambio a los profesionales y que...pero vamos, eso es un derecho que tienen y siempre con el objetivo de mejorar la atención y la satisfacción. Y, entonces, salvo que sea una situación que hay que valorar... pues casi siempre es sí. A las propuestas y a los cambios. Y que no perjudique, por supuesto, a la persona y que no perjudique al Servicio, eh. Entonces, es un... espérate, cómo se llama eso... La Carta de mmm.... No es de Reclamaciones. Es de Sugerencias, de Propuestas, bueno...

1: Sí, como una guía de incorporación de esas...

E10: Sí, sí. Sí, para participar en cualquier momento. Te puedo decir como algo característico y que siempre me ha gustado del Director es que tiene la puerta abierta. A no ser que esté con alguien y tal... La puerta abierta, mucha accesibilidad, los profesionales también tenemos mucha accesibilidad. También tenemos ahí, pues pueden pedir cita los padres en cualquier momento. Nosotros damos cita y, claro, estamos por y para el ciudadano. Porque esto es un servicio público y, además, en cuanto al trabajo ya clínico, sí que una de las cosas que a mí me gusta del...bueno, el líder, que, en este caso, es el Director quien es quien tiene los recursos y si no los tiene, los busca; está muy interesado en que siempre estemos formados para dar un mejor servicio. Por ejemplo, una de las cosas que hemos hecho ha sido un curso de entrevista motivacional con el cambio de perspectiva a la hora de trabajar con ellos para darle, eso es, más participación. Y no para decidir nosotros como profesionales “lo que tú tienes que hacer”, desde el experto. No, no. “Aquí estamos colaborando, eh. Para que tú ganes y nosotros también lo hagamos. Entonces, tú decides. Tú participas. Qué te parece...”. Entonces, me parece que eso tiene que constar aquí como algo relevante . Es un cambio relevante en esa perspectiva de dirigirnos al otro.

1: ¿Es algo particular, propio, de este Centro? Es decir, abordar un sistema o proponer un sistema más abierto y más innovador... ¿O no?

E10: Tan particular Jorge que en las Memorias que hacemos no tenemos con quién compararnos. Dentro del Sector. De hecho, creo, por lo menos hasta hace poco, somos el único centro público de España que tiene un modelo de Gestión de la Calidad. Y con esa calificación del +500, eh. Entonces, en las Memorias es muy importante, también, el poderte comparar: qué es lo que hacen en el mismo campo otros profesionales. Para podernos comparar y decir: “mira, eso lo hacemos mejor o no. O esto lo hacen mejor y voy a ver cómo lo hacen para ver cómo mejoramos”. No. Esa es una de las trabas que tenemos. No nos podemos comparar. Porque somos, en ese sentido, pioneros. Y sobre todo, buscamos la satisfacción. Fíjate. Estos modelos de gestión de calidad... que a mí me gustan

mucho, eh, como que esté en apoyo a la gestión, pues es la satisfacción de los usuarios, de los clientes. Además se utiliza, claro, “mira, yo no soy...” desde un servicio pasivo donde viene a pedir ayuda. No, no. Tú eres un cliente y yo te doy un servicio Y ese servicio tiene que serte satisfecho. Tienes que estar contento. Aparte, satisfacer, también al cliente, también muy importante, la Agencia Antidroga, eh. Porque para nosotros es un cliente. Un cliente externo y también un proveedor, para nosotros, de Servicios. Nosotros mismos somos clientes internos: los compañeros, cómo nos llevamos... En fin, y por eso sí que es verdad que es muy importante la satisfacción y sobre todo, por encima de todo, los resultados que obtenemos. En esas encuestas y en... bueno, “cuánta gente viene y con cuánta gente de la que viene podemos quedarnos”. La adherencia. Eso lo estamos trabajando también mucho, eh. De hecho, hemos estado, por lo menos, tres años haciendo... porque trabajamos casi...pues todos un poco,sí... biopsicosocial. Ahora es un modelo sanitario. Somos un centro sanitario que es pues... sanitario: donde la Salud tiene mucho que ver con las relaciones sociales, con cómo estés físicamente y también de cómo estés de cabecita. Entonces...me he perdido con todo el rollo...

1: Estabas hablando de...

E10: Ah, ¡los resultados! ¡La relevancia de los resultados!: cuánta gente viene, cuánta gente se queda y qué hacemos para... porque está demostrado, por todas las publicaciones que hay en estos campos que los tres primeros meses es cuando más abandona la gente. Nosotros, intentando esa adherencia y, además, que tiene una relación también positiva, estadísticamente positiva de que cuanto más adherencia, más probabilidad de que la gente cambie de conducta; es que si se va, pues más probabilidades tenga de seguir haciendo lo mismo...pues, hemos implementado durante bastante tiempo, un programa de incentivos donde premiábamos por venir, eh. Entonces, luego, estábamos más cerca de conseguir la abstinencia. Y, ahí, bueno, pues la verdad es que los resultados, bueno, no han sido todo lo deseables que a nosotros nos hubiera gustado. Por eso nos hemos formado en Entrevista Motivacional: para disponer de más competencias, dar más autonomía y adaptarnos a lo que necesitan. Dentro de la formación que tenemos y la responsabilidad, pero el quid de la cuestión son resultados. Todo eso que hacemos... “vamos a ver. Está muy bien. Pero ¿qué resultados? ¿Es eficiente?”

1: ¿Cuáles son esos indicadores que utilizáis para la medición de los resultados? Porque acabas de decirme la eficiencia.

E10: Eso es. Pues, desde luego, cuánta gente entra, cuánta gente se queda, cuánta gente viene, cuánta gente se va, cómo vamos en relación con el año anterior, cuánta gente damos de alta terapéutica, cuánta gente se va de alta voluntaria, eh... Todos esos resultados que, sin duda, si estás interesado el Director, quien es quien lleva el control y quien recoge todos esos datos... en los grupos, cuánta gente viene... tenemos unos indicadores que es lo que define cómo está la gente y cuando termina el proceso cómo sale. Por ejemplo, yo que llevo a las familias, es cómo viene ese familiar, sabe cómo ayudar a su hijo o a su pareja y cómo sale una vez que yo he hecho toda una serie de actuaciones y he trabajado en enseñar, en dotar de estrategias: “¿cómo sales? ¿Qué sabías de esto de las drogodependencias? ¿Qué sabes ahora? Y eso que sabes, ¿Te sientes mejor y eso ayuda a tu pareja como apoyo? ¿O no?” Entonces, todo esto es medir y medir y medir y medir. ¿Para qué? Para ver si nos ajustamos a los indicadores que hemos tenido como referencia y si no nos ajustamos, que han bajado, ¿qué podemos hacer para mejorar y mejorar y mejorar? Dentro de que tenemos mucho camino por delante por mejorar. Estamos, ahí, todavía... porque esto es un tema complicado...por eso que te he dicho de la variabilidad de la motivación.

1: Vale. Pues... de ahí que te preguntara por la cuestión de qué papel juega o cuál es el protagonismo de las personas con estas problemáticas dentro de lo que es el proceso de recuperación, ¿no?

E10: Sin ellos no hacemos nada. No llegamos a ningún sitio.

1: Yo, sobre todo, lo pregunto por, dando por obvia la siguiente cuestión: de qué manera ha influido el estereotipo del “yonki” a asentar un determinado enfoque en esta práctica profesional, ¿no? Es decir, ¿cómo crees que desde no sé si desde un punto de vista histórico o arqueológico... es decir, cómo esta figura ha generado una especie de background, o base, que no sé en qué estado está ahora o si crees que ha determinado, si lo estáis trabajando, si...

E10: Claro. En cuanto a la profesión, yo creo que, bueno, en su inicio, cuando empiezas a ver otros perfiles, sí que es como la urgencia, ¿no?, y la necesidad de ver qué respuesta ha dado hoy porque no es exactamente igual a lo que yo sabía. Entonces, ahí, ha sido una carrera [risas] a marchas forzadas y, bueno, a veces, es verdad, equivocándonos. No más con esa intención de ayudar pero bueno... sobre las equivocaciones hemos ido aprendiendo y bueno, con el interés de la formación y facilitar las cosas, eh,... tener recursos. No solo el responsable de cada centro, sino también la Agencia Antidroga, claro. Y los municipios. Y eso, yo creo que es algo que ya está resuelto. Como, además, una responsabilidad del profesional por mantenerse actualizado para poder ayudar. Lo que sí que veo es que el reflejo en la sociedad, todo ese estereotipo todavía queda. Mucho. Mucho, mucho tiempo para cambiarlo. Y eso, para mí, la explicación más fundamental son los medios de comunicación. Y como utiliza pues el sesgo ese de estereotipo, todo lo negativo que tiene que ver con el consumo de drogas para buscar audiencia y para entretener a la gente y que no piense sus problemas. Entonces, ¡claro que sí! En el día a día nos encontramos con muchas personas. Iba a decir mayores, pero no solo mayores, los padres; que tienen ahí ese concepto, sino también las personas jóvenes que “¡Uy! Ese es el centro de los yonkis. Ese es el centro de los drogatas y yo, ahí, no quiero ir. Me cuesta mucho cuando subo las escaleras”. ¡Claro que tenemos que trabajar eso! Claro que tenemos que desmontar esa idea. ¿Cómo desmontamos esa idea? Aquí no hay yonkis. Aquí no hay cocainómanos. Aquí no hay alcohólicos. Aquí hay personas que tienen problemas concretos que no controlan con el control de su conducta. Y a mí lo que me importa de esta puerta para dentro eres tú, tus circunstancias, seas el familiar y a ver cómo te puedo ayudar, seas la persona que tiene el problema con el consumo de drogas. Entonces, desde los profesionales y desde luego desde mi trabajo y mis compañeros, como persona responsable de ellos, esto está ya más que superado. Y ese es uno de los trabajos que hacemos. Claro que sí. Y cómo, además, explicamos el comportamiento pues con lo que se sabe científicamente, con los avances, y eso es lo que devolvemos. Y tratando de desmontar esos sesgos que, desgraciadamente, pues hay muchos intereses en que se sigan manteniendo.

1: ¿Crees que, por ejemplo, el par que está asociado al drogodependiente de heroína, delincuencia y enfermedad, sigue todavía vigente? Y, ¿crees que sigue influenciando al enfoque de trabajo sobre otras sustancias?

E10: Muy vigente. Sí, sí, sí. No aquí, en nuestro centro, porque te digo que estamos intentando mejorar por el sistema de gestión de la calidad e intentando formarnos cambiando la perspectiva ya clínica de trabajo, intentando dar más autonomía y autoridad a la persona, y contar con ella... Pero claro que sí. Tú decides. En todo momento es un comportamiento, yo te puedo ayudar como alguien que sabe, que, bueno, tiene estrategias por lo que ha estudiado, pero tú decides. ¡Claro que sí! Todavía se siguen reproduciendo en otros contextos y en otros organismos oficiales como es la Sanidad: “esto es una enfermedad y esto es una enfermedad. Y por mucho que tú hagas va a haber muchas recibidas, muchas recaídas, como que...”. Desde aquí, lo que yo le planteo a las personas con las que trabajo es que: “mira, eso son estadísticas. La estadística no explica el comportamiento. Solo tú decides. Puedes tener más ayudas para solucionar tu problema o puedes tener más obstáculos. Pero tú puedes decidir, porque hay gente...es cierto, que son los que menos, que dicen no fumo y no vuelvo a fumar más. No bebo y no vuelvo a beber más”. ¿Eso es una enfermedad? Pues depende mucho de las ayudas que tengas, los facilitadores y también de las barreras que puedas quitar. Porque no hay duda de que si no tienes familia, tu contexto próximo tiene muchos déficits, muchas dificultades, tu contexto amplio tampoco ayuda, eh; el sistema económico, el sistema

político... y tus recursos y tus competencias también son deficitarias, pues hombre, lo vas a tener a lo mejor más complicado. Pero fíjate, en último término, también puedes hacerlo. Porque tenemos experiencia de esto. Y claro que si en otro contexto esto es una enfermedad y la mayor parte de la gente recae, pues yo imagino que las expectativas de eficacia y la idea de que yo puedo...pues no: “este que es el experto me dice que voy a tener no sé cuántas recaídas, pues...”.

1: Y, por ejemplo, siguiendo esto, ¿de qué herramientas se dotan o emplean las personas para construirse es imagen? Es decir, las personas que están en esa problemática, no sé si en términos de resiliencia o qué...

E10: La Resiliencia. Y la resiliencia para conseguir esa resiliencia, ¿qué tenemos? Tenemos enseñar competencias si no se saben. Tenemos también animar, motivar; por eso hemos hecho esa formación. Pero no motivar solo para cambiar los pensamientos y los sentimientos, motivar: “no me hagas caso. A mí no me hagas caso. Llévalo a cabo. Y luego, me dices. Ponlo en práctica. Y esos resultados serán los que cambien lo que piensas y lo que sientes”. Pero si de entrada las barreras que tienes, “esto es imposible”, “esto es una enfermedad” y “esto es una recaída”, no te va a animar mucho a comprobarlo. Entonces, es la profecía autocumplida, eh. Tú decides. No me hagas caso a mí. Actúa como si... porque tenemos claro que todos estamos muy jodidos, muy jodidos pero a pesar de estar muy jodidos llevamos a cabo cosas que luego decimos: “coño, si no ha sido tan difícil”. Y yo, la experiencia que tengo, “jobar, yo que no quería dejar de fumar porque pensaba que me iba a ser imposible, que me iba a subir por las paredes, ¡Coño!, ¡que me he puesto y que me está siendo mucho más fácil. Incluso hasta estoy preocupado!”.... “O sea, que antes te preocupabas porque te iba a ser muy difícil y ahora te preocupas porque te está siendo muy fácil, ¿qué te parece esto? ¿estás ahí siendo un poco disonante, no? Pues alégrate que qué bien, ¿no? Y como estás viendo que la acción te ha demostrado...” Pues bueno, trabajamos todas esas cuestiones. ¡Claro que sí, eh! ...

Esas disfunciones verbales, que son mensajes verbales, que están evitando que afrontes y que están ahí condicionando pues que no pongas más de tu parte. Y cómo la sociedad, cómo los expertos también somos un facilitador o una barrera para que se perpetúe poniendo etiquetas, “tú tienes esto”, o “tú eres un enfermo”... y eso tiene mucho que ver con la resiliencia. Y los modelos también. Porque, claro, aprendemos pues de distintas formas, de distintos paradigmas... Es que esto lo tengo tan al alcance. Esto ayer tuve un curso de entrevista motivacional, lo tengo aquí... [risas].... y, entonces, no quiero darte la...

1: Estás motivada motivando. ¡Claro que sí!

E10: Claro que sí.

1: Era sobre todo porque también me gustaría saber si, por ejemplo, hay ayuda entre pares o grupos de trabajo entre pares para que pongan en común esa experiencia... Es decir, gente que ya ha estado fuera, o que ha salido, pues esa cosa entre el sabio y el experto vivencial, si lo tenéis en cuenta como un recurso... Me gustaría saber si, realmente, ¿cuál es el vínculo que tenéis con la personas que ya han terminado, entre comillas, ese proceso y si, realmente, tienen capacidad de trabajo, de ayuda, dentro de esa cuestión que estamos tocando.

E10: Ajá. Sí. Bueno, fíjate, hay como dos cuestiones en eso que planteas, Jorge. Por un lado está, tenemos que es muy importante el modelo social, el aprendizaje vicario. Y eso, tanto es así, que una razón de ser de los grupos, el formato en el que intervenimos es individual y el seguimiento con cada profesional, pero también grupal, tiene que ver con eso. Es decir: yo aprendo de las experiencias y de las competencias de los demás y, a su vez, soy un modelo para los demás. Tanto positivo, lo que a mí me funciona, como lo que a mí no me ha funcionado. Entonces esa es la razón de ser de los grupos: que es un buen apoyo para la intervención individual. Eso por un lado.

Y por otro lado, en cuanto nos dices ya que alguien que ha conseguido su objetivo, la abstinencia, se ha rehabilitado, el alta terapéutica... ¿cómo maneja eso? Pues eso sí que lo manejamos pero es algo ya con un poquitín más de tiento. Porque una de las cuestiones que sí que vemos es que, y en esos grupos, no fomentamos que fuera del centro se relacionen entre ellos. Porque están en un proceso de cambio y “yo ya tengo bastante con trabajar mis dificultades, cuanto más me relacione con una persona que también está en ese proceso de cambio y tiene las suyas”. Pero cuando alguien ya tiene el alta terapéutica, lo utilizamos de una manera puntual. Es decir, al inicio, cuando empiezan, estamos trabajando la motivación, sí que decimos a alguien “oye, ¿te importa venir y hablar de tu experiencia?”. No fomentamos las relaciones fuera del centro porque los datos que tenemos y lo que sabemos, suele tener más inconvenientes que ventajas. Entonces, sí que vienen usuarios que hemos tenido. Trabajamos con ese usuario el objetivo; no viene espontáneamente a contar “yo...”. Porque hay que cuidar muy mucho el lenguaje que se utiliza. No es lo mismo el lenguaje que hablamos aquí técnico... y que es importante. Esto es un laboratorio también para ellos: hablar de su problema, pero ya cambiando cómo me expreso, eh. Porque eso es ya empezar a descondicionar... y luego estoy mucho más cerca de empezar a hacerlo ahí. Y no empezar...seguir hablando con argot....eso sería un error. Entonces, trabajamos muy mucho cuál es el objetivo, qué queremos que tú cuentes; pues ahí tu experiencia, qué te ayudó para que sea útil y a partir de ahí, pues... nada más. No mantener las relaciones. Ni una continuidad en que esta persona venga.

También utilizamos ese recurso con padres. Porque es también...los padres vienen muy afectados emocionalmente y el ver a otro padre que les comprende, que ha pasado por lo mismo y que le dice “pero qué bien que vine”, y “estoy mucho mejor”, pues eso ayuda mucho.

Pero otra de las cosas que también sabemos de la gente es que llega un momento donde la gente te pide cortar la relación con el centro. Es decir: insertarse en su vida. Entonces, es uno de los objetivos donde, bajo mi punto de vista, tiene que estar muy trabajado, muy pensado, a qué va a venir, qué va a decir...y eso con los profesionales. Y luego ya, después, vienen y esto, tú, ya lo tienes resuelto....y viene el momento de, “ya. Hay que cortar este cordón umbilical y a lo tuyo”.

1: ¿Qué relación hay con esa cuestión, según me la estás hablando, entre el estigma y la carrera desviada: un sujeto con una problemática que lleva una trayectoria y cómo estar dentro de un espacio dedicado a trabajar este tipo de problemáticas le sigue generando un estigma, una conciencia de decir en términos de empleabilidad, en términos de ruptura...?

E10: De hecho es una de las cuestiones que tratamos también de trabajar: “Cuidate muy bien y valora muy bien qué decisión vas a tomar. A quién le dices que tienes este problema, para qué y anticipa las consecuencias que te pueden traer”. De hecho, cuando muchos medios de comunicación vienen: “oye perdona. ¿Te importa que venga y grabe?”, trabajamos mucho individualmente en esto, eh: “mira a ver qué compensaciones te puede traer” y, sin embargo, también, qué inconvenientes. Porque ese estigma social que te he dicho, para los profesionales, por lo menos los que trabajamos aquí, está superado y, bueno, si todavía hay cosas, pues seguimos trabajándonos. Pero, socialmente, no. ¡Claro que sí, eh! Y las propias familias te vienen diciendo “esto no lo saben ni mis hermanos ni los abuelos” porque es una cuestión que todavía es peliaguda. Que puede afectar y que puede perjudicar en poner barreras y quitar oportunidades y, entonces, nosotros, ahí, eso lo trabajamos mucho, oye.... “¿De cara? ¿A cara descubierta? Piénsatelo muy bien. Tú decides”. Entonces, hay que trabajarlo mucho porque, a veces, la persona no es consciente de las repercusiones que puede tener. Y, claro, está muy vigente el estigma. Sí.

1: En base a eso que me dices veo una cuestión micro, que es la convivencialidad, y una cuestión macro, que es la estrategia, ¿no?, de abordaje en términos de política de salud pública. Y me gustaría preguntártelo, en base a esas dos marchas, o esos dos puntos de movimiento, ¿qué papel juega la intervención comunitaria en las drogodependencias? O si no existe esa intervención comunitaria, entendida como los procesos participativos en los cuales cada uno tiene sus aprendizajes y los

aporta, ¿qué se debería hacer para que se pueda plantear una intervención comunitaria que pueda desbordar esta cuestión del enfoque biopsicosocial donde pesa más lo médico sobre lo social? Desde mi punto de vista como sociólogo.

E10: A ver si sé contestarte que es una pregunta...

1: ¿Qué papel juega la intervención comunitaria en las drogodependencias?

E10: Sin duda, la intervención comunitaria y los recursos comunitarios son fabulosos. De hecho, yo creo, que es una red extraordinaria y la envidia de otras redes sanitarias, eh. Esos recursos y esas competencias y cómo trabajamos a distintos niveles en las Prevenciones, primaria, secundaria, o prevención universal y luego ya secundaria para identificar ya los chavales, las personas que están...eso es, con conductas de riesgo. Y luego ya desde lo clínico... Sí, ahí, ¡claro!, ¿qué podría.... Funciona fenomenal y ojalá nos quedemos como estamos y no disminuya... Claro, ¿qué puede funcionar mejor? Promover la salud. ¿De qué estamos hablando? Estamos hablando de no centrarnos sólo en eso, en los recursos de cómo hemos entendido la salud hasta ahora, que eran recursos pasivos dónde te venían a pedir ayuda. Y No, no: estar ahí y promover la salud, poner facilitadores... Quizás tendremos que pensar, que no lo veo ahora viable, en políticas de discriminación positiva para estas personas. El trabajar, eso es, los recursos, las asociaciones de padres, de vecinos... las políticas para quitar barreras. Todavía. Y, y, poner facilitadores: integración social, integración laboral... Es que, hay mucho que hacer todavía. Entonces, yo, ahí, el problema, lo veo, ¡claro que sí!, no en a corto plazo en cuanto a los recursos que tiene la Agencia, los recursos que tienen los municipios... sino, ya más a largo plazo en el contexto ya más social de cómo trabajar, no ya con campañas informativas que no sirven para nada, sino promoviendo, ¡eso es!, hábitos saludables. Y para promover hábitos saludables, ¿de qué se trata? Facilitadores. Y, ¿eso qué es? Recursos económicos. ¿Eso qué es? Pues dar oportunidades para que, bueno, puedan ver que una persona que ha tenido problemas con el alcohol es igual de eficaz, o eficiente, en el trabajo que otra persona que no ha tenido problemas. Es decir: empezar a estar ahí. A lo mejor, fíjate, pasa por los recursos: que no sean tan específicos, sino que formen parte de los recursos que existen; pues recursos públicos. ¿Por qué tiene que estar aquí Servicios Sociales? ¿Por qué tiene que estar aquí el Centro de Drogodependencias?... Esto es por hablar Jorge, me pillas así un poco. [risas]... Es, bueno, integrar. Integrar. Y sobre todo, fíjate, una de las cosas que yo trabajo más con las familias... “Esto es lo peor que me puede pasar”... Pues verlo, un poco, desde fuera: “a ti te afecta esto, cómo no, pero a otras personas le afectan otras cosas. Tú hijo no es peor ni mejor. No es cuestión de...sino que tiene un problema con su conducta que no la controla y vamos a ver cómo le enseñamos a que a controle...”. Pero el trabajo que yo hago aquí para desmontar esto, “porque esto es lo peor”, “este es el responsable”, “¿y tú? ¿Crees que lo haces todo bien?”. Entonces, estos mismos ejemplos, estos mismos... cómo manejamos... “porque fíjate que este es el que tiene a toda la familia...”; “no, no. Perdona, los demás también nos equivocamos. Porque nosotros, ¿todo lo hacemos perfecto?, ¿tú como madre?, ¿tú como padre?, ¿el resto de tus hijos son maravillosos?”... Claro. Entonces, es desde ahí desde dónde yo trabajo el cómo desmontar la idea de que “este... No, no. ¿Este? Este tiene la responsabilidad, si quiere, de solucionar su problema”... “Pero que tú también tienes problemas. Y tú también eres responsable”. Y, luego, ya, ¿cómo os comunicáis? “Pues que tú también eres responsable, ¿o qué piensas?....

Esto, ¿qué tiene que ver Jorge?

1: No, sigue, sigue.

E10: [Tiene que ver] con el modelo ABC. Que es un modelo conceptual de explicación de la conducta. Tiene que ver con que no son las personas, son las personas y los contextos: como yo actúo y mi actuación qué resultado o qué respuesta tiene en ese contexto. Y el contexto como también me influye a mí. Porque somos... yo, organismo que nazco, empiezo a interaccionar en un contexto

determinado. Y ese contexto, eh, a mi me va enseñando cosas. Y son cosas que me son útiles y que también no me son útiles. Con lo cual, yo tendré que cambiar. Pero también el contexto me tiene que dar oportunidades. Tiene que saber cómo relacionarse conmigo. Y tiene que... políticas de equidad, justicia. Todo esto.

1: Entrando ya en lo que estás diciendo de contextos, sujeto, políticas, es decir, la cuestión de...

E10: No sólo el próximo, sino un contexto más amplio.

1: ... de levantarlo. A partir de tu experiencia y de tu trayectoria, ¿qué relación crees que ha tenido, o tiene, lo urgente y lo importante? Es decir, cómo una determinada respuesta ha ido madurando a partir de eso que era lo urgente y cómo habéis visto que, realmente, ha habido una necesidad de ir viendo que es lo importante. Me gustaría saber cómo ha sido ese proceso... no sé si ya tuyo particular, del centro donde estás, o de la Comunidad, o del abordaje... pero cómo realmente, ese abordaje, ese par urgente-importante, ¿cómo se ha ido relacionando y cómo se han ido desprendiendo, de ahí, ciertos matices o realidades que...

E10: Una pregunta muy interesante. Muy interesante, como es verdad que, muchas veces, sin una planificación, sin una propuesta de programa, sin evaluar necesidades, hemos ido tomando decisiones, eso es, apagando fuegos, decisiones que no han sido ni las más eficientes ni las más eficaces y que sí que ha habido un coste, un coste económico. Y un coste, también, para las personas. Ya no me refiero al coste económico en términos de políticas, sino también en coste de... “vamos a ver, ¿he ayudado con estas prisas? ¿He ayudado realmente a solucionar ese problema? ¿Esto ha servido para algo? ¿O no?”... Hombre, va a haber diferencias: cuando está en peligro la vida de una persona o la vida de otras personas, vamos a ver, una catástrofe... Entonces tendremos que ver si somos capaces de “vamos a ver, con los indicadores que tengo, ¿esto realmente es una catástrofe? Pues venga, ¡todos a una!”, porque es importante. Pero cuando no es una catástrofe y es un comportamiento más de algo que viene ocurriendo como es en el tema de las toxicomanías, años y años, merece la pena pararse a pensar. Merece la pena evaluar qué pasa ahí, merece la pena qué pasa ahí, qué se necesita y qué recursos tengo y si no tengo esos recursos pues voy a conseguir algo si no lo puedo conseguir todo. ¡Claro que sí! Y eso ¿qué es? Pues eso pasa desde la preparación personal hasta la conciencia de cómo... no es... ¿Qué pasa con muchos programas de Prevención de drogas? Primero, muchos de estos programas surgieron de la necesidad, de la inseguridad, del miedo también cuando empieza a haber los primeros casos de SIDA, el miedo que tiene la gente a contagiarse y “hay que hacer algo”, “hay que hacer algo” y vamos a hacer sin pensar muy bien qué es lo que se va a hacer, lo que necesita la gente, cuál es la realidad de la gente, qué se va a hacer y, luego, evaluar si eso que se ha hecho ha sido eficaz. Entonces, todavía siguen existiendo esos programas y esas políticas. No sólo en Prevención, sino también en Asistencia: “vamos a hacer actuaciones, actuaciones, actuaciones. Tenemos esto... Vamos a hacer”; y sin una planificación, sin una organización, sin una preparación. Sin... “hazlo y veremos los resultados”... Es lo que yo decía, es también un riesgo: podemos estar eternamente planificando y preparando y evaluando.... “Vamos a hacer”. Y yo te decía, pues es verdad, Jorge, que nos encontramos con una realidad que dice [golpe en la mesa]: “tú trabajas en esto amiga y tienes que solucionar el problema de cocaína a este señor”; “si es que yo de cocaína no he visto a ninguno”; “pues vale”... Y con la mejor intención del mundo, pero bueno, nos hemos equivocado muchas veces. Y yo sé que muchas veces, pues por esa falta de preparación, de premura, pues hemos tomado decisiones que no han sido las mejores. Ni para esa persona ni para nosotros. “¿Qué no estás motivado? Pues vete. Y cuando estés motivado y lo tengas claro... Inténtalo, a ver si te da resultado”... ¿Y eso qué son? Competencias también. Y prepararse. Porque, pues, a lo mejor, en eso que digo yo de que no estamos motivados pues esa persona se ha quedado ahí en el camino. Al día siguiente o a los dos días. ¿y si yo le he dicho: “no estás motivado pero vamos a ver qué podemos hacer? ¿Tú crees que merece la pena que lo intentes?” Y eso ha sido en media hora y, al día siguiente, fíjate, a lo mejor esa persona está ahí por eso y la otra persona no está ahí porque como lo han metido en la cárcel porque yo le he dicho:

“¡hala! Cuando encuentres la motivación vuelves para acá. Todavía no lo tienes muy jodido y te tienes que joder más”.

1: Vale. Tampoco te quiero entretener más. Si acaso un par de preguntas como mucho...

E10: Je, je, je. ¿Cómo eres capaz de retener todo? Je, je, je. Porque, ¿cuántas entrevistas llevas?

1: Pues llevo, con la que ya hice en su momento y contigo, unas doce. Y debería hacer unas quince o dieciséis.

E10: Buff. Bueno...

1: Y estoy pendiente de ir, por ejemplo, a Granada a ver a gente de la Escuela Andaluza de Salud Pública que están con el tema de la deshabituación y el mantenimiento con heroína en vez de con metadona...

E10: Si, llevan ya tiempo.

1: Sí. Una década más o menos... Para ir viendo el aprendizaje, que no hay nada cerrado, que hay ciertas realidades...

E10: Fíjate Jorge, según me estás hablando me apetece contarte... Hay un estudio con unas ratas, dónde...para que veas la importancia de los contextos... donde unas ratas, se les enseña a ambos grupos, un grupo de control y otro experimental; a ambos grupos les enseñan a administrarse heroína en un contexto. El contexto del grupo de control, simplemente, tienen la posibilidad de administrarse heroína y no hay nada más. El otro grupo, más o menos así eh, si te interesa ya te lo miro bien... el otro grupo tiene la posibilidad de administrarse heroína pero el contexto es más espacioso, tienen también ruedas para ejercitarse, comparten también con otras ratas, tienen diversas comidas... Bueno, pues se observa que la diferencia entre la administración de unas ratas y de otras es significativamente menor en la ratas que tienen otros contextos, otra variedad de estímulos, de refuerzos. ¿Qué quiere decir eso: que la adicción está en las sustancias o que sólo están en las sustancias? También están en los contextos. Fíjate que importante, también, cambiar los contextos para hablar lo que te decía yo: poner facilitadores y quitar barreras de los contextos.

1: Es una cuestión que también me preocupa o me llama la atención aparte de lo urgente y lo importante, la relación causa-efecto. Realmente, muchas veces, cuando observo y analizo, veo que es muy lineal, o ha sido muy lineal, la relación...o ciertas posturas, o discursos, que plantean una relación muy fuerte entre desviación y drogodependencia como causa-efecto, y lo que yo me planteo...

E10: “Consume por los amigos”. “Este consume por los amigos”. Causa y efecto. “La causa de que mi hijo consuma drogas es porque todos los amigos son todos consumidores”. Claro que sí.

1: Pero yo también me lo planteo desde el punto de vista de la desadaptación social, es decir: la salida de la sociedad, ¿es debido a la “droga” o... bueno, he visto que siempre es difícil incorporar discursos de personas que han estado dentro de la marginalidad o que siguen dentro de la marginalidad, realmente esa marginalidad de dónde viene: ¿es una cuestión económica, es una cuestión de la salud, es una cuestión de la cultura....

E10: Tienes toda la razón del mundo y estoy de acuerdo con lo que planteas. Fíjate, no lo estás diciendo pero lo estás planteando como pregunta, pero yo lo veo ya como respuesta. Y cómo determinados profesionales y que somos los que elaboramos los programas, dices “el modelo médico. Esto tiene que ver con la persona, eh. Tiene ahí una enfermedad... El modelo social, no, no. Es la sociedad. Son las injusticias...” Realmente, ¿qué es? Ambas cosas. Ambas cosas y la interacción de la persona con ese contexto. Es que no hay más cáscaras. Es que no hay más cáscaras. Como nos

influye a nosotros el contexto, cómo nos afecta y cómo nosotros influimos en el contexto. Eso es. Y, ¿por dónde trabajamos? Desde luego tenemos que trabajar las dos cuestiones: darte a ti herramientas para que seas más competente pero, también, hacerlo más fácil en el contexto. Claro que sí. Porque si no...

1: Ajá. Pues... dos preguntillas: ¿qué perspectivas o escenarios de futuro ves respecto al consumo y hacia las políticas, como hemos estado hablando de que se están reordenando y que las atenciones van constantemente evolucionando, pues qué escenario de futuro ves tú desde tu práctica del día a día a pie de calle o a pie de centro?

E10: Con relación al futuro..pfff...no sé qué decirte.

1: Corto plazo, corto-medio plazo.

E10: Me da tristeza. Pienso que lo que tenemos es algo que no va a durar mucho. En algunos entornos, yo oigo “es que fíjate. Yo, con razón, también quitaría...porque son muchos recursos y pocos resultados”. Y eso a mí me da pena. Porque no es esa la solución, bajo mi punto de vista. La solución es, esto que es un privilegio, los recursos que tienen, la red... debieran ser los recursos que tuviéramos todos los ciudadanos para otros problemas, eh. Como en Sanidad. Entonces, viendo cómo van las cosas en el tema económico, la crisis, pienso que esto va a ir desapareciendo.

1: ¿Crees que va a ir orientándose hacia una cuestión de “cada uno se apañe”?

E10: Crear el menor coste posible y que cada uno se apañe. Si podemos encontrar una pastillita que, inmediatamente, te ayuda a resolver los problemas mejor que mejor. Cuando vemos que es que no es la pastillita, es que es.... Bueno, “tú qué sabes, ¿la pastillita te va a ayudar a buscar trabajo? ¿Te va a enseñar la importancia del contacto visual? ¿Te va a enseñar la importancia de hacer críticas y recibirlas?” La pastilla y, luego, el entorno, tienen que darte la oportunidad... va a haber siempre el mismo sesgo. Entonces, bueno, pues es para este problema y para muchos otros problemas... PROMOCIÓN DE LA SALUD. No prevención. No es esperar a que haya problemas. NO. Es promover, educar, compartir lo que sabemos.

1: Y dentro de ese marco que estás haciendo, una pregunta: ¿cómo entiendes la cuestión de los riesgos y de los placeres? Porque, por ejemplo, estuve hablando con una asociación centrada en análisis de sustancias y demás, y me decían que parten de la comprensión de la necesidad de entender las drogodependencias desde un marco que sea la promoción de la salud pero teniendo en cuenta la gestión de los riesgos y de los placeres, ¿no? Es decir, realmente, ¿crees que se está trabajando hacia un pensamiento crítico y formal sobre la realidad en la que viven las personas, en este caso, con problemas de drogodependencias?

E10: Lo que está claro Jorge es que el estar enfermo o el estar sano no es una cuestión de elección. Todos sabemos, generalmente, todos sabemos que hay cosas que nos benefician y otras que nos perjudican. Entonces, si tomamos decisiones que nos perjudican, algo tiene que haber. ¿Qué es lo que tiene que haber? La funcionalidad que tiene para mí la conducta. ¿Por qué yo decido en un momento dado comer más de lo que debo comer sabiendo que me perjudica? Consumir cocaína, ¿Por qué? Porque me aporta determinadas cuestiones que para mí son importantes. ¿Qué tengo que aprender? A tomar decisiones, sabiendo, identificando, los riesgos que asumo y las ventajas. ¡Claro que sí! Y, ahí, decido: teniendo información y, luego, asumiendo. Tú decides, eh. Tú decides, siendo consciente de que eso es importante. Pero dando la responsabilidad al otro. Y... bueno... ahí depende de los valores que tenga cada uno. Y de la percepción de salud, eh. Porque un señor infartado puede tener una percepción de salud, una percepción y ahí hablamos de subjetividad; pues muchísimo mayor que una persona no infartada. ¿Por qué? Porque hace muchas cosas, aparte de estar infartado, que le gustan, que le divierten y ese señor se siente... vamos, el rey del mundo. Y el otro, que no está infartado, considera que ese es un mindundi que es el más desgraciado del mundo. Con

lo cual, el concepto de Salud y de Enfermedad, no es un concepto únicamente biológico, es un concepto que abarca muchas cosas. Sobre todo, eso, al interacción que cada uno tenemos con el entorno. Y la valoración que hacemos de esa interacción. No sé si me he explicado.

1: Sí, sí. Je, je, je.

E10: Je, je, je.

1: Contestar me has contestado.

E10: [rsias] Porque no sé si será complicada para ti ver cómo confluyen todas esas respuestas de tanta gente, de tantos lados, tan variopinta..

1: Hombre, todo es un poco como un rompecabezas o una especie de puzle. Tú sabes cuál es la imagen que quieres, en tu mente, lo que quieres...

E10: ¿Tú conoces... a lo mejor sí lo conoces, Jorge, por tu preparación y tu formación, ¿conoces el modelo ABC de comportamiento de Miguel Costa y Ernesto López?

1: No. Nunca lo había oído. Tengo por aquí marcado algunas cosas que quería pedirte y que luego te pido el correo y...

E10: Ajá. Muy bien.

1: ...FQM, la certificación +500, la Memoria...

E10: Pues apúntate esto. Porque esta gente tiene muchas cosas hechas de psicología comunitaria.

1: ¿Cómo es?

E10: Miguel Costa y Ernesto López. Son profesores, han sido trabajadores de la CAM. Son profesores, ahora, del Máster de la UCM, de Educación para la Salud, de programas. Además, como sociólogo, te puede venir muy bien... Tienen muchísimo trabajo hecho, desde los años... Además, estos son los que empiezan a hablar de cómo se cambia de un modelo pasivo y de prevención a uno de la promoción de la Salud a través del Informe Lalonde, que es un ministro de Sanidad canadiense que en los años 70 ve que están poniendo cada vez más dinero para la Sanidad y cada vez hay más enfermos. Y lo que ocurre es que están apareciendo enfermedades relacionados con los hábitos de salud, y el porcentaje es del cuarenta y tantos frente a eso...

1: Vale. Tomo nota.

Vale, para acabar, me gustaría preguntarte si crees que existen grandes tabúes, cosas que no se pueden preguntar, o cosas que no se pueden afirmar en este terreno en el que nos movemos.

E10: ¿Te refieres en cuanto al trabajo terapéutico con los usuarios, o en cuánto...

1: A lo que tú creas. Es decir, dentro de tu propia realidad, tu conocimiento, desde lo más cotidiano...

E10: Yo, la experiencia que tengo con los usuarios es que, tabú, no hay ninguno. Es más, uno de mis objetivos es la capacidad de influir en el otro para que me considere una persona capaz de compartir sus miedos más íntimos para poderle ayudar, eh. Con relación a la sociedad, ya hablamos de otras cosas. Por esos prejuicios que hay, por esas consecuencias... ¡Claro!... que pueden tener.... El hablar... Muchas veces el modelo de Salud, de la etiqueta, no lo comparto. A mí, las etiquetas, no me dicen nada y creo que, a veces, son perjudiciales. A mí me dicen las dificultades: "qué problemas tienes y qué dificultades". ¿Por qué? Porque me ayuda a ver aquí, concretamente, qué dificultades tienes. Tienes la dificultad, como he trabajado hoy con un chico, de decirle a una chica: "ve más despacio";

“pues a ver cómo lo hacemos”. Y el que me digan “tú eres un obsesivo”, pues eso no me ayuda para nada. Y a esa persona tampoco. Porque empieza a darle vueltas a “yo soy un obsesivo”... Entonces, eso yo no lo puedo decir, en muchos contextos dónde esté abiertamente no lo digo. Porque hay muchos intereses, muchas fuerzas que, que, que... pues que...

1: Yo me refiero, sobre todo, desde ese punto de vista o en ese espacio de la esfera social, ¿no? Es decir, si realmente en la sociedad hay un debate sobre qué son las drogodependencias, lo que es la droga y qué podemos hacer como sociedad, como colectivo o como grupo para abordarlo. Es decir, si realmente lo que estamos generando son mensajes o de si realmente estamos creando un escenario de diálogo abierto en el cual...

E10: Lo que estamos generando, Jorge, es que trabajamos de puertas para dentro, reproduciendo ese pasivo y no somos capaces de esto que trabajamos aquí, con nuestro usuario, con esa familia, para que entienda que no nos sirve para nada hablar de enfermedad, que lo que nos sirve es “venga: darle competencias y que también cambien el contexto”... tenemos que generalizarlo ahí fuera. Tenemos que generalizarlo. Porque el hacerlo aquí dentro, nos está dando resultado. Las familias dicen “joe, cómo me has abierto. Cómo me encuentro de bien. Y yo ya me explico por qué es esto”. Y si no lo hacemos así, la realidad es que...pues eso.

1: ¿Y esas familias que ya han salido, que ya han superado, que se sienten con esa fuerza de haber superado ese problema, realmente, luego, hablan, comparten, trabajan por desestigmatizar...

E10: Tienen miedo.

1: Tiene miedo.

E10: A cómo lo ven los demás. Lo comparten aquí. Hablan aquí. Y, además, tiene poder como dicen estos profesionales, poder y control. “Yo ya sé. Tengo información. Tengo ya, sé lo que puedo hacer...”. Porque eso les orienta. Cuando no saben es: “y por qué, y por qué, y por qué he sido yo el que ha fallado...”. Tienen. Y eso les da poder y control. ¡Claro que sí! Pero, ahí fuera es dónde tenemos que ser capaces de transmitirlo.

1: Ajá.

Bueno, pues en principio, no te quiero quitar más tiempo. Dejarte este espacio, este último momento por si quieres aportar, añadir, algún tipo de información, cuestión...

E10: Que me encantaría que me avisaras cuando la expones o cuando la presentas, para estar ahí. Y decirte que bien. Que me gusta que estés haciendo y metido en estas cosas y que necesitamos, eso es, mucha gente como tú.

1: Te lo agradezco, de verdad.

E10: Para ver si cambiamos... ¡Claro que sí! Desde la sociología, y luego los comportamientos ahí ya más chiquititos que tienen que ver conmigo... pues esa idea.

1: Vale. De nuevo, agradecer tu tiempo, tu disponibilidad y tus respuestas.

E10: Muy bien. ¡Que te sirvan!

E10: ¡Gracias!

TÉCNICO RESPONSABLE SALA CONSUMO VIGILADO E11:

1: Bueno, antes de nada, quería presentarme: soy Jorge Marrón, estudiante de doctorado de Sociología en la Complutense y mi tesis gira en torno a la cuestión de la drogodependencia y, sobre todo, sobre la versión oficial, o discurso dominante, que hay en torno a esta problemática.

El motivo de contactar con vosotros es, o se debe, a que tenéis una sala de consumo vigilado y me gustaría saber, pues, que me explicarais un poquito en qué consiste, que te presentaras y, bueno, ante todo, garantizar la cuestión del anonimato, la confidencialidad, como una cuestión de buena praxis.

E11: Vale, mi nombre es A. y soy el coordinador del área de Inclusión Social de Médicos del Mundo de Euskadi. Aquí en Euskadi, la sala de consumo la abrió MdelM en 2003 y se abrió porque existía una problemática social y sanitaria que había que atender. Esta problemática, digamos, que era bastante común a otras zonas del Estado, [pero] lo que sí que había aquí una apuesta clara, desde las políticas públicas y desde el ámbito de la intervención en drogodependencias para la reducción de daños. Ya desde finales de los años 80 habían empezado a abrir los primeros programas y servicios de reducción de daños e intercambio de jeringuillas, los centros de día, los centros de noche para personas consumidoras en activo y en exclusión social y cuando se puso en marcha la sala de consumo, el objetivo principal fue el de poder cubrir un momento, el momento principal, el de mayor riesgo, que es el vinculado al consumo y que no se estaba cubriendo desde los otros recursos de baja exigencia que ya existían en Bilbao. La sala se abrió en 2003 y se abrió a través de una estrategia de generación de consensos, que lideró MdelM y que involucró a actores institucionales y sociales. Hubo un año de negociaciones, un año de reuniones y espacios, para poder habilitar esos consensos, tanto con, lo que te comentaba antes, los tres niveles de la administración: gobierno vasco, diputación y ayuntamiento; pero, también, con todas las personas e instancias que pudieran estar, de alguna manera, involucradas. Con lo cual: empezando por los vecinos, los comerciantes de la zona, siguiendo por los Colegios profesionales de médicos, de enfermería, de trabajo social, de educación social... y, también, ONGs; generando sinergias con la otra, digamos, cara de la red de intervención en drogodependencias, centros de Salud Mental, por ejemplo, y las organizaciones que trabajan en desintoxicación. Digamos que nunca se entendió la sala como un recurso de MdelM, sino como un recurso que estaba previsto que se insertase dentro de una red y, al final, orientado a una población que acude a un recurso distinto en base a un momento distinto en el que se encuentra a lo largo de su itinerario de consumo. Con lo cual tiene que haber una coordinación, una sinergia entre estas distintas ofertas de la rama asistencial que hay.

1: ¿Y por qué MdelM fue la encargada o el encargado de llevar este proceso?

E11: Pues MdelM se unió a la iniciativa de abrir una sala de consumo. Al ser una ONG de carácter sanitario, cuando hay una necesidad no atendida desde el sistema público que tiene que ver o que afecta a las condiciones de salud de un determinado colectivo, ahí es donde MdelM encuentra su espacio de intervención. Desde Médicos [del Mundo] no hay una vocación de perpetuarse en esa intervención para siempre. La idea no es generar estructuras paralelas, es ofrecer una respuesta ante una problemática que no encuentra respuesta a través del sistema público. Pero luego, la idea es poder generar todo un trabajo de incidencia que permita: 1) avalar la eficacia, la eficiencia, la pertinencia de la intervención de, en este caso, la sala de consumo a través de datos de la evaluación del recurso que hicimos después de seis años de actividad y, a través de eso, poder, digamos, conseguir la incorporación de la sala de consumo dentro de la cartera de servicios que la Administración ofrece a este colectivo en concreto. Entonces, MdelM asume la iniciativa de poner en marcha la sala, asume la responsabilidad de la gestión de un recurso, pero no la responsabilidad de dar respuesta a esa necesidad que sigue siendo pública. Y el objetivo final es que la sala acabe formando parte de una cartera pública de servicios sociales y sanitarios destinada a personas consumidoras en exclusión social.

1: ¿Esta idea la tomasteis de alguna parte? ¿Cómo se fue produciendo?

E11: Esa idea forma parte de la misión, visión y valores de MdelM. Digamos que es parte de una cuestión identitaria de la organización. Hay otras organizaciones que no tienen una vocación transformadora, que no tienen una vocación de desaparecer y forma parte de su propia ideología, de su propia visión; mientras que MdelM, uno de los lemas que resume nuestra misión es “nacemos para desaparecer”. Incluso en los proyectos de cooperación internacional, los que se ejecutan en los países del “sur”, MdelM llega, nunca plantea una intervención a corto plazo, el objetivo es garantizar su sostenibilidad en el tiempo y cuando ya existen todas las condiciones para que la sostenibilidad se produzca, pues Médicos se retira. Y la sala es un caso más.

1: Vale, vale. Era sobre todo...bueno ya veo que me vas contestando un poquito las preguntas que tenía preparadas...

E11: ¿Te voy quemando preguntas? [Risas]

1: No, no. Me gusta: van saliendo las cosas... pero bueno, sobre todo, me gustaría ir más allá, también sobre... cómo es, cómo habéis construido vuestros principios básicos de actuación, más allá de vuestro propio ideario. Es decir, esa filosofía que tenéis, ¿cómo, realmente, la habéis aplicado en el día a día en este recurso?

E11: ¿En la sala de consumo?

1: Sí, sí.

E11: Bien. Por ejemplo, el primer principio que se me ocurre es el de autonomía, ¿no? El respeto por la autonomía de la persona y la promoción de la autonomía. Desde una perspectiva de la reducción del daño es el punto de partida número 1: reconocer que hay personas que quieren seguir consumiendo o, que igual, no pueden dejar de consumir en un momento dado. El reconocer que existe una parte personal, una parte que corresponde a cada uno y una definir si quiere, y puede dejar de consumir, ya implica reconocer que el consumo es algo voluntario e individual que no puede ser sometido a una valoración ética o moral o, incluso, patologizante hacia la persona consumidora. Y, a partir de ahí, si tú asumes el consumo como un acto voluntario, propio, que, por supuesto, hay que situarlo dentro de un mapa de significaciones sociales pero eso ya es otro discurso aparte, ¿no?; al reconocer que el consumo responde a una cuestión subjetiva, personal, abordando eso desde una cuestión del respeto pues, evidentemente, la respuesta es que el consumo es un fenómeno que hay que abordar mientras exista, no pensando únicamente en el abandono tras los programas de deshabituación.

[Pausa: entra un compañero a la habitación a ver si está ocupada]

E11: Entonces, si ya reconoces la autonomía en el momento de valorar el acto del consumo en sí, también la autonomía es uno de los elementos que tienen que ver con cómo trabajamos aquí dentro. El consumo tiene que ser un acto individual. Por ejemplo, no permitimos que, por poner un ejemplo concreto, que una persona le inyecte a otra. Trabajamos desde un punto de vista educativo. No es simplemente supervisar el acto concreto del consumo. Eso sí reduce los riesgos sanitarios, de no reutilizar jeringas, etc, pero el elemento principal de nuestro trabajo es educativo. Es más social que sanitario. Quiero decir: transmitir todo este tipo de conocimientos, técnicas de inyección, todo lo que resumimos bajo la etiqueta de “educación para la salud” para que tengas una serie de conocimientos, de habilidades y experiencias para poder hacer tu consumo fuera de aquí en condiciones de menor riesgo. Entonces, está viendo que si mezclas esto con esto otro te puede provocar otra cosa. ¿Que luego tú decides hacerlo? Es tu decisión, pero que cuentes con esa información que hace que sea un consumo libre y responsable en el sentido de...mmm... espera....

1: sobre ti mismo...

E11: Sí. Eso es.

1: Vale. Esto que me comentas del enfoque autónomo y educativo, ¿habéis tenido, a la hora de defender vuestra filosofía y vuestra práctica, habéis tenido algún choque, realmente, con la Institución o el discurso oficial basado en la tolerancia cero o, por ejemplo, el consumo cero?

E11: Ya. Aquí, en Euskadi, no había un discurso oficial de tolerancia cero hacia las drogas. Digamos que ha habido, pero tradicionalmente, una visión mucho más pragmática, mucho más realista de la situación. Lo que te comentaba antes: la sala abrió en 2003 y ya, desde finales de los 80, había programas de reducción del daño. Ya había.

1: ¿Qué tipo de programas?

E11: Eh, de intercambio de jeringuillas, por ejemplo. La metadona en farmacias. Esa conciencia de los programas libres de drogas puede servir a una parte del colectivo consumidor pero puede no servirle a otra parte. A esa otra parte se le debe atender sus necesidades. Esa visión estuvo clarísima en las administraciones vascas desde, no sé decirte desde cuándo, pero cuando la sala abrió ya estaba muy instalada esa visión. Con lo cual no hubo necesidad de convencer mucho... Sí, por ejemplo, hubo necesidad de generar un espacio de diálogo interinstitucional. No es fácil sentar en torno a la misma mesa a Gobierno, Diputación y Ayuntamiento, aunque compartan la misma visión sobre una temática. Pero, sobre todo en Euskadi, hay un reparto de competencias bastante articulado. Entonces, los tres niveles de la Administración tienen competencias, no necesariamente en drogas; por ejemplo la Diputación no tiene competencias en materia de drogas pero sí en Exclusión social, y el colectivo al que se dirige la sala de consumo es un colectivo en exclusión social. Con lo cual, por otro lado también, ha entrado la Diputación. Entonces, dentro ya de un marco institucional y competencial complejo, por mucho que se comparta la visión, luego, sentarse a una Mesa no es siempre tan sencillo, ¿no? Pero, sí. Digamos que ya había ese punto de ventaja fuerte que era el de una visión asentada y que, además, estaba incorporando herramientas normativas autonómicas: los Planes Autonómicos de Drogodependencias y la misma Ley del 98 sobre, no me recuerdo el título exacto de la Ley; luego si quieres lo miramos.... Sí que marcaba la obligación para los Poderes Públicos de prever y proveer, en la medida de lo posible, los servicios destinados a atender las necesidades de las personas consumidoras y en condiciones de mayor vulnerabilidad. Con lo cual, digamos, que ya se abría el camino para la Prevención basada en la Reducción de daños.

Y cuando, luego, se puso en marcha la iniciativa, la idea, durante ese año de negociaciones, para la apertura de la sala de consumo, sí que el entonces Consejero de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, digamos que antes la competencia sobre drogas estaba en la Consejería de Asuntos Sociales y ahora está en Sanidad... eh... sí que lideró ante el Parlamento Vasco la necesidad y la oportunidad de abrir una sala de consumo. Se organizaron dos viajes a Ginebra, participaron personas del ámbito institucional de los tres niveles y periodistas porque también se consideró cómo se comunica la información sobre un determinado problema social tiene mucho que ver con cómo se va a recibir desde el ámbito social, ¿no? Entonces, también, se intentó cuidar que la comunicación se basara sobre un conocimiento real de en qué consiste una sala de consumo. Entonces, hubo una delegación... también se invitó a vecinos pero creo recordar que no fue ninguno; personas de MdelM, personas de la Administración Pública, de periodistas, de Colegios profesionales... Hubo dos viajes a Ginebra para conocer un modelo de salas de consumo que también reunía esos dos componentes, el social y el sanitario, ¿no? Salas de consumo hay en toda Europa y, además, también hay en Canadá y en Australia. Pero el enfoque no es siempre el mismo. Es muy fácil transformar una sala de consumo de un recurso destinado a la atención de las personas consumidoras, transformarlo en un recurso de control de las personas consumidoras. Sobre todo si no lo dotas de contenido... no sé cómo o si usar la palabra... un contenido de “empoderamiento”. Si, simplemente, es un lugar dónde esconder a los yonkis, entre macrocomillas, quitarlos de la visibilidad porque molestan y enfocarlos, únicamente, desde un punto de vista estrictamente sanitario, pues eso, evidentemente,

no tiene ninguna vocación transformadora; eso no se basa en reconocer la autonomía, sino, simplemente, de eliminar el problema del consumo en el espacio público.

El abordaje es un abordaje compartido. Suiza ha sido pionera en la elaboración y desarrollo de las políticas de reducción de daños. La entonces directora de Salud Pública de Suiza que era Annie Mino, digamos, ha sido una de las que más ha combinado desarrollo teórico con políticas públicas basadas en la reducción de daño. Y, también es verdad, era otro contexto. Estamos hablando de finales de los 80 cuando hoy ya tenemos un cuerpo teórico muy desarrollado sobre reducción de daños, pero en los años 80 se estaba empezando a hablar de esto. Y empezar a hablar, profundizar y poner en marcha políticas públicas, no sólo en una ciudad, Ginebra, sino en toda la confederación helvética pues, evidentemente, tuvo un mérito muy importante en aquella época. Y a partir de ahí, digamos, se comparten unas prácticas que fueron las que se intentaron también aplicar aquí. Cuando se abrió la sala, evidentemente, intentas traer una serie de experiencias que ya han generado otros contextos, pero, luego, adaptándolas al contexto local. Con lo cual, aspectos más concretos... EL ENFOQUE, sí lo puedes traer, sí lo puedes importar, entre comillas, pero luego su adaptación al contexto concreto tiene que variar para ser realmente adaptado a las necesidades locales.

1: Vale. Volviendo un poco, ¿no?, me parece muy interesante...

E11: Si yo me voy, me dices...

1: No, no, no. Para mí va perfecto.

E11: ...corta.

1: ...sí, al final, es una forma de juntarlo... y no hay problema.

E11: Vale.

1: Pero sí me gustaría que me comentaras un poco qué tipo de indicadores manejáis para evaluar esa actividad, ¿no?, el monitoreo que realizáis y cómo lo realizáis. ¿Cogéis muchas influencias de España o, realmente, vais construyendo a la vez que vais aprendiendo?

E11: Para la evaluación, se utilizó... ya había hecho su evaluación la sala de consumo de Vancouver. También es verdad que el contexto era distinto. La sala de Vancouver abrió con un compromiso por parte de la Administración que durase tres años y que su continuidad estaba subordinada a una evaluación y a en base lo que saliese en esa evaluación se seguía o no con la sala de consumo. Con lo cual ya, desde el momento uno, pusieron en marcha, diseñaron una metodología de evaluación que tuvo que ver no solo con lo que pasaba dentro del recurso, en términos de personas atendidas, incidencia de VIH, etc, sino también lo que pasaba fuera: el nivel de robos en las inmediaciones, el nivel de conflictividad en las inmediaciones, etc. La idea, concretamente, era poder valorar distintas dimensiones que tenían que ver con la efectividad del recurso y su inserción en el ámbito, en el contexto sociourbano o micro. Desde aquí eso no se planteó desde el principio, con lo cual cuando nos pusimos a hacer la evaluación seis años después de la actividad, no teníamos una batería de indicadores que se hubieran preparado antes y que permitieran la medición de determinadas variables. Eso fue una limitación inicial importante.

La evaluación que hicimos se basó en tres ejes: el primero fue el de reconstruir el proceso de apertura en la sala de consumo, porque al final sí que se convirtió en un caso exitoso de apertura de un recurso dirigido a la exclusión social en pleno centro de Bilbao y que no fue, para nada, conflictivo; y el año anterior sí que hubo un caso en un centro de noche para personas consumidoras que generó mucha protesta vecinal hasta el punto de tener que cerrarlo y trasladarlo a otro sitio. Con lo cual, reconstruimos esa experiencia y, de ahí, extrajimos una serie de buenas prácticas que son las que recomendamos para procesos parecidos que se puedan dar en un futuro.

La segunda línea de evaluación fue la del análisis de la actividad llevada a cabo en la sala de consumo y ahí se observaron, digamos, la evolución de los perfiles, de las personas consumidoras, y de los patrones de consumo. Cuando hablo de los perfiles me refiero a características sociodemográficas y de salud: cómo ha ido evolucionando. Por ejemplo, un dato interesante que salió fue el envejecimiento progresivo de las personas que utilizaban la sala. Cuando la sala de consumo abrió, la media de edad estaba en torno a los treinta y cinco y pico, y actualmente está en casi 40. Es decir, el núcleo grueso de las personas que acudían a la sala se ha mantenido y han ido envejeciendo con el tiempo. Lo cual apunta a cierta cronicidad del colectivo. Y, luego, la evolución de los patrones de consumo. Al principio la sala contaba solamente con un espacio para el consumo inyectado y luego, dos años después, en el año 2005 se abrió una sala de consumo fumado. ¿Por qué? Porque estaban cambiando los patrones de consumo y porque, sobre todo, si tú trabajas promoviendo realizar consumos de menor riesgo, tienes que ofrecer un espacio para que esos consumos se puedan hacer. No puedes decirle: “pues muy bien que quieras cambiar de vía a una de mayor daño pero consume fuera de aquí”. No tiene sentido, ¿no? Y, entonces, cómo había evolucionado el consumo a través de la vía de consumo y de la sustancia consumida. Para, así, también poder saber, tener en cuenta la planificación de la intervención en el medio plazo, ¿no?: si se está consumiendo más cocaína inyectada, cada vez más, evidentemente sabemos que la cocaína inyectada genera una serie de trastornos adictivos que de aquí al mediano plazo puede que haya que abordar desde la red pública y desde los ámbitos, digamos, profesionales de la intervención.

Y, luego, la tercera etapa de la investigación fue el impacto sociocomunitario de la sala: cómo ha repercutido en las condiciones de convivencia en el entorno. Entonces, ahí, fue donde sí nos encontramos una serie de limitaciones mayores porque al no haber tenido una serie de mediciones constantes en el tiempo, también puedes acceder a unos datos y a otros no y, sobre todo, no puedes asociarlos todos, exclusivamente, a la existencia de una sala de consumo: si suben o bajan el nivel de delitos, por ejemplo, de aquí a un kilómetro, ¿no?... puede que tenga que ver con la sala, pero puede que también haya otros factores, ¿no?: la reducción del número de jeringas abandonadas en un espacio público. Pues, evidentemente, si aquí recogemos una media de 30.000 jeringas al año, son 30.000 jeringas menos que hay circulando por ahí. Pero, evidentemente, hay otros factores que también han incidido en que haya menos jeringas por ahí, como que se consuma menos que antes, como que también hay otros puntos más aparte de la sala para poder desecharlas, etc. Entonces, todo esto, al no haber estado sistematizado de antemano, no contábamos con una recogida sistemática durante los seis años previos a la evaluación y, sobre todo, también, hay otra limitación que tiene que ver con el no poder compartir con otros recursos, una serie de datos que son de carácter confidencial relativos a la persona usuaria. Esto afecta más a la segunda línea de investigación, no a la tercera... Datos, digamos, macro sí que se pueden compartir, pero lo que no podemos saber es qué pasa con aquellas personas que dejan de acudir a la sala de consumo. Nunca sabes si es porque el programa de tratamiento que habían dicho que iban a empezar les ha ido bien y han dejado de consumir, si es que no están en Bilbao o si es que están presas, por ejemplo, o si están en un momento de no consumo para luego volver. Nunca sabemos lo que ha pasado con esas personas, con lo cual no sabemos si ese acompañamiento que realizamos durante X tiempo realmente dónde va a llegar. Aquí vemos únicamente el espacio del consumo. Es una visión que se limita a un momento concreto. Y, entonces, dentro de una planificación de políticas públicas, yo entiendo que sería muy útil poder, digamos, elaborar como un itinerario que permita juntar distintos momentos de este colectivo, cómo va vinculándose a distintos recursos en base a su momento vital y, a partir de ahí, ver qué queda descubierto. O hacia dónde van las tendencias para poder ver cuál es el itinerario, digamos, la parte final de ese itinerario. Por eso, no poder compartir los datos es un elemento que queda cojo.

1: Y también la limitación de los datos del propio sujeto, las propias personas...

E11: ¡Claro! Son datos referidos. Son todo, datos referidos. Aquí no pedimos ningún tipo de...ni DNI, ni tampoco ninguna otra documentación oficial. Lo que tenemos es lo que se nos comenta. Y también, es verdad, al ser un recurso de baja exigencia no puedes estar todo el tiempo... mmm... no sé cómo decirlo.... El primer día que un usuario viene, viene y se le abre una historia. Se le explican las normas de funcionamiento del centro, se le pide que se comprometa a respetarlas y se rellena una ficha con sus datos. Datos sociodemográficos, de salud, de consumo, sociales, etc. A lo largo del tiempo puede que varíe alguno de esos datos. Puede que cuando vino aquí no tenía conocimiento de su estado serológico y durante el tiempo sí lo ha tenido; pero no tiene por qué venir a contárnoslo. Y tampoco vamos a estar preguntando todo el tiempo si hay modificaciones. Con lo cual, también, tenemos ciertas limitaciones con respecto al poder sacar una fotografía actualizada. Si queremos decir: “el porcentaje de personas que viven con el VIH entre el colectivo que usa la sala de consumo es X”; pues no. Porque: 1) datos referidos, con lo cual, a veces, el desconocimiento tiene que ver. 2) cómo van cambiando esos datos si no los tenemos siempre actualizados. Y 3) que no tiene por qué contarnos lo que no quieren contarnos. Entonces, a veces, también... sí, puedes sacar tendencias pero no fotografías.

1: ¿Y hay gente que te muestra su propia fotografía o realmente, simplemente, van a hacer su consumo... o realmente tiene una implicación con el espacio.

E11: Sí, no. A ver, la mayoría, la enorme mayoría de personas que vienen aquí son de aquí. Personas que además de usar la sala de consumo, también usan otros recursos. Y esto hace que exista una idea muy clara de para qué existen estos recursos: no son sitios de los que yo, usuario, siento que necesito ocultar alguna información porque, realmente, están... cuánto más sepan de mí, más van a poder darme la información que necesito. Eso en la percepción se nota en el momento que esas personas comparten contigo una serie de situaciones personales o que tienen que ver con acceso a recursos, etc... Muestran que tienen ese conocimiento o esa idea de “eso está para poder utilizarlo y no hay ningún problema”. Personas, que son muy pocas, que están de paso por Bilbao, o vienen aquí, usan la sala porque se enteran que existe y vienen una vez, dos veces; pues te cuentan el mínimo indispensable y, también, tú eres consciente en tu entrevista inicial que no vas a profundizar muy mucho porque el trabajo que vas a poder hacer con esa persona es muy en el corto plazo, muy en el ya, el consumo, y no volveremos a vernos. Pero esto, te digo, es anecdótico y no es estadísticamente representativo. Pero, por ejemplo, el caso anterior, es la mayoría con la que se trabaja. Las personas no tienen ningún tipo de resistencias.

1: Decir también, preguntarte qué aprendizajes adquiridos destacarías. Y cuál es la proyección del propio recurso en este andar desde 2003.

E11: Sí...mmm... aprendizajes aprendidos... vale, aprendizajes aprendidos es una redundancia gigante...mmmm... es que es muy amplio como para poder... a ver, no... voy a empezar por la segunda parte de la pregunta: la proyección del recurso a futuro. La sala ha cumplido el mes pasado diez años. Y lo que te comentaba antes, Médicos nace para desaparecer, y el objetivo es el de traspasar el recurso a la administración pública; ese sería el objetivo cumplido: que forme parte, lo mismo que hay un ambulatorio, que haya un centro de salud, pues que haya un centro de consumo. Y, por ejemplo, hay experiencias cercanas en ese sentido: en Cataluña, por ejemplo, no sé si has tenido contacto con profesionales de Cataluña... aquí tenemos unas horas a la sala de consumo en Euskadi que la lleva una entidad social mientras que en Cataluña hay doce salas de consumo repartidas por todo el territorio catalán, con más concentración en Barcelona aunque también hay en Lleida, creo que también en Tarragona...y forman parte de la red de Salud Mental de la Generalitat. Cada centro de tratamiento, por ley, tiene que tener un espacio para el consumo. Y a mí me parece muy interesante, porque no está fiscalizando el consumo, no lo está moralizando... Aquí en Euskadi, los centros de tratamiento te realizan pruebas de orina periódicas y si das positivo al consumo de sustancias se te expulsa del programa de tratamiento, mientras que desde la visión catalana el consumo es parte del tratamiento. La recaída, esa palabra tan..., que deja entender que

algo has hecho mal si estás consumiendo mientras estás en tratamiento, la recaída es parte del tratamiento y el ejemplo que yo suelo poner porque es bastante gráfico es: si una persona diabética se come un merengue, a qué médico se le ocurre quitarle la insulina porque lo ha hecho mal comiéndose un merengue; pues no se le ocurre a nadie. Entonces, ¿por qué no planteamos que igual la metadona no es la única herramienta terapéutica que hay que ofrecer cuando resulta que no a todos los pacientes comunes nos resulta bien el mismo tratamiento sino que hay distinta oferta terapéutica? ¿Por qué en el ámbito de las drogodependencias se considera que la metadona tiene que servirle a todo el mundo? Y sobre todo, si no a todo el mundo le sirve porque, de hecho, siguen consumiendo, ¿por qué le culpabilizamos de su recaída en lugar de pensar que igual ese tratamiento no está siendo el más adecuado para esa persona y le expulsamos del tratamiento? Ese tipo de preguntas que, yo creo, tienen que ver con el modelo ideológico de fondo que es previo, incluso, a la elaboración de políticas sobre drogas, tiene que ver con el concepto de drogas y drogodependencias que tenemos ahí de fondo.

Lo que te comentaba, en Cataluña existe una red mucho más articulada que no condena, no juzga el consumo pero sí lo sitúa dentro de salud mental... que también creo que es una cuestión que indica cuál es la visión que tenemos del consumo y de las personas consumidoras.

Con respecto a la pregunta, concretamente, hablaba de la prevención del recurso: diez años después, hecha la evaluación y viendo, sobre todo, que los consumos van cambiando, no son los mismo ni en volumen ni en sustancias de las que había hace diez años, y el volumen también de las personas consumidoras, hoy es otro respecto a hace diez años. Con lo cual, la sala de consumo sigue siendo un recurso necesario porque sigue existiendo una población consumidora en exclusión social que se vincula a la sala a través del consumo pero que desde la sala, digamos, la sala también de puente para el acceso a otros tipos de recursos, prestaciones... Pero tal y como está configurada, hoy, corresponde a unas necesidades que han cambiado; por lo cual, hay que actualizar el recurso.

Sumando esos dos aspectos, transferencia a la administración pública como objetivo principal o a otra organización social que no tenga vocación de desaparecer, sino que ofrece servicios sobre todo aquí en Euskadi donde la red asistencial en drogodependencias se articula a través de entidades sociales...

1: ¿De qué tipo, por ejemplo?

E11: Pues, por ejemplo: residenciales, centros de día, centros de noche...

1: ¿Pero siempre institucional? A través de fundaciones, por ejemplo.

E11: Hay de las dos cosas. Por ejemplo, la fundación Gizakia y la fundación Etorkintza son las que más se ocupan del tratamiento tanto ambulatorio como comunidad terapéutica. Las dos fundaciones tienen los dos programas aparte de la Prevención, etc. Aquí, son fundaciones y no tienen intención de desaparecer y reciben financiación de la administración pública. Digamos que los centros de tratamiento, la administración pública a nivel propio tiene los centros de salud mental y luego están los convenios con la fundación Gizakia, Proyecto Hombre y la fundación Etorkintza. Pero luego toda la parte de centros residenciales, de pisos de apoyo al tratamiento, de centros de día, centros de noche, sala de consumo, etc., lo llevan todas las entidades sociales con financiación pública.

Bien, a todo esto: ¿proyección? Pues transferencia a la administración pública en primera instancia, a otra entidad que quiera seguir en este camino pero readaptando el recurso a las necesidades actuales. El año pasado...no, miento, este año, estamos en 2013, se empezó desde MdelM un proceso de reflexión, así lo llamamos, involucrando a personas usuarias, personas trabajadoras de la sala de consumo, personas que trabajan en otros recursos y que ven la misma realidad pero desde otro lugar, para poder hacer un diagnóstico compartido sobre la situación actual y ver cómo hay que adaptar la sala de consumo para que sea el recurso más eficaz y eficiente para atender esas

necesidades en un contexto en donde las inversiones presupuestarias también son un motivo para tener en cuenta. Quiero decir: la adecuación del recurso tiene que ver también con la responsabilidad en el uso de fondos públicos que tiene que ser adecuada a las necesidades actuales.

1: Vale. Yo creo eso en sí mismo es un aprendizaje: la forma de hacer y de elaborar este discurso ya implica una forma de ver el problema y, muchas veces, refleja esa necesidad, ¿no?

E11: Sí.

1: La siguiente pregunta que quería hacerte es sobre los perfiles de los usuarios y usuarias de los servicios y ver qué diferencias ha habido, sobre todo, entre los viejos y los nuevos consumos, sobre los nuevos consumidores y los de largo recorrido y ver qué me puedes decir sobre la evolución que ha tenido este consumo y estos perfiles durante estos treinta años. Es decir, ya me lo has contestado un poquito antes, pero por sí, bueno...

E11: Sí. ¿Los últimos treinta? Yo te puedo hablar de los últimos diez...jejeje.

1: Jejeje... Bueno, más o menos desde la imagen del yonki, del estereotipo de la figura del consumidor de heroína asociado a la delincuencia y a la enfermedad, cómo ha ido evolucionando, qué queda de eso, cómo se está trabajando con eso y cuáles son los nuevos horizontes o los nuevos riesgos que os encontráis ahora.

E11: Vale. Pues a ver....mmmm.... Te comento primero datos brutos y luego ya te doy mi impresión sobre cómo se está trabajando en ese sentido. El 80% de los usuarios de la sala de consumo son hombres. Y ese es un dato que está en línea con la distribución por sexo que tienen otros recursos que atienden a la misma población y, además, cada dos años el Gobierno Vasco encarga una encuesta domiciliaria y sale siempre la misma distribución: 80-20. Es interesante preguntarse qué hay detrás de esa distribución: invisibilización del consumo femenino, etc... pero ese es otro tema. Principalmente [son] personas autóctonas, principalmente de Bizkaia: hablamos de, aproximadamente, un 90% de personas de nacionalidad española. Y de ese 90%, un 70% están empadronadas en Bizkaia. Eso es interesante para saber a qué población atendemos, a quién está dirigido, quién está utilizando ese recurso: pues personas de aquí. Una problemática que existía de antes de la apertura de la sala. Porque también ese es un discurso alternativo del efecto llamada: “montáis una sala de consumo y aquí vienen los yonkis de todas partes”; pues no. Y el porcentaje de personas inmigrantes se ha mantenido, más o menos, estable a lo largo de estos diez años: en torno a un 10% en general; principalmente se trata de personas de nacionalidad portuguesa e italiana.

En cuanto a edad, te comentaba: envejecimiento progresivo. Al principio estábamos en torno a unos 35 años y medio de edad y ahora estamos, casi, en 40 años.

¿Los consumos? Al principio teníamos únicamente un espacio para el consumo inyectado y lo que más se consumía era la heroína. Abrimos en 2003, estábamos muy cerca del boom de finales de los 80 y los 90 y, sobre todo, la sala es un recurso que se ha destinado a personas: mayores de edad, que tengan una historia de consumo previa, no puedes venir a la sala de consumo a experimentar porque entendemos que si estás en una fase experimental la sala no es el espacio más idóneo para aproximarte al mundo del consumo de sustancias ilegales; y encontrarse en situación de o en riesgo de exclusión social. Digamos que eso es un filtro natural del propio recurso. El típico ejemplo del empresario exitoso que consume cocaína en un entorno así, o para aguantar las horas de trabajo o en un ámbito festivo... es un estereotipo ¿no? Pero ese estereotipo no llega directamente a la sala de consumo porque no necesita un recurso social para hacer sus consumos. Entonces, digamos que ya hay un filtro previo que se da de forma automática.

A lo largo de estos años, lo que hemos visto ha sido que ya el perfil ha ido modificándose en cuanto a sustancias, vías y características propias del consumo y de la situación en general. ¿En cuanto a las

sustancias? La heroína sigue siendo la sustancia más consumida pero ya no inyectada, sino por vía fumada. En general, el 60% de los consumos son de heroína pero si luego separas por vía de consumo, ves que sí se fuma más heroína pero se inyecta más cocaína. Mucha más cocaína que heroína. Y si observamos que la sala de inyecciones es la que siguen utilizando los consumidores más “veteranos”, los de mayor antigüedad, nos está dando también una pista de cómo ha evolucionado el consumo, de esa figura del “yonki” clásico, que vemos aquí pero que ya está descrita en la literatura. Se consumía heroína inyectada y luego con la introducción de los programas de mantenimiento con metadona se estabiliza la dependencia a los opiáceos con la metadona y se consume cocaína. Lo vemos aquí y se describe por todas partes. Aquí siempre preguntamos, cuando la persona viene a consumir, qué ha consumido durante el día antes de venir a la sala para saber, exactamente, en caso de tener una reacción adversa, qué más tienes circulando por el cuerpo más allá de lo que vas a consumir aquí. En un porcentaje muy alto de casos, nos dicen: “metadona: 30 de metadona. 50, 60, 90, 10...” depende de cada uno, ¿no? Pero mucha gente está con tratamiento de metadona y luego viene aquí a realizar sus consumos.

También hablando de la evolución de las vías de consumo, pues sí que ha habido una reducción progresiva del consumo inyectado a favor del consumo fumado. Tiene que ver con el deterioro del sistema venoso de las personas que llevan muchos años inyectándose. Pero también tiene que ver con, digamos, ese valor, ese componente cultural, que tiene que ver con el consumo o no: el consumo no tiene hoy la significación cultural que tenía en los años 80 y los 90. La misma figura, imagen, del “yonki” no se construye, no se declina igual que se declinaba hace unos cuantos años. Esa asociación automática de yonki-delincuencia, yonki-sida, yonki-peligro, hoy en día yo creo que es como mucho más deslavazada. Cuando salen en los medios de comunicación noticias relacionadas con el consumo, el enfoque sí sigue siendo ese. El enfoque sigue siendo el del yonki-marginal, hombre, peligroso, pero ya no sale ni con una frecuencia como la que podía salir en los 80-90, ni tampoco se percibe esa...no cae en el terreno que era especialmente sensible, no hay hoy una alarma social que había antes. Con lo cual no se recibe igual y no se alimenta igual el mismo estereotipo que se alimentaba en los 80 y en los 90. Pero sí que el tratamiento mediático de la información relativa al consumo en situación de exclusión social no ha variado igual que lo han hecho las condiciones sociales relacionadas con el consumo.

Y, también, a lo largo de estos años, otro aspecto que tiene que ver con la evolución es la cronificación: en el consumo y en la exclusión social. Creo que son dos elementos distintos que, a veces, se tienden a mezclar. Tenemos en total, nosotros, unas 3100 personas distintas atendidas; no llegamos a 3100 pero casi. A lo largo de estos diez años. Esas 3100 personas, son personas que en algún momento han pasado por la sala. Luego hay un núcleo duro de personas consumidoras que son las que vienen aquí todos los días, todas las veces al día que pueden. Y, últimamente, lo que estamos viendo es que si había habido cierta evolución en el sentido de pasar de consumir de forma inyectada a vía fumada o en reducir la frecuencia de consumo, ahora, en los dos últimos años, estamos viendo una involución en ese sentido. Estamos viendo personas que habían dejado venir, vuelven. Personas que tiene el número de historia bajo, los que empezaron a venir al principio, que están volviendo con más frecuencia. Personas que habían pasado a fumar que están volviendo a inyectarse. ¿Por qué? Porque entendemos que el consumo tiene mucho que ver con el nivel de equilibrio y estabilidad que tienes en tu vida, a lo largo del tiempo se ha conseguido cierta estabilización y si se te tambalea una pata de la mesa pues vuelves a un consumo que habías estabilizado e, incluso, dejado o que llevabas en tu casa en condiciones, digamos, entrecorrientes “normalizadas”. Eh... si tienes menos dinero, que han reducido las ayudas sociales, pues el consumo que vas a hacer quieres que te cunda más con lo cual te lo inyectas en vez de fumártelo. Y estamos viendo lo que te comentaba: la vuelta de personas que ya habían dejado de venir o dejado de venir con tanta frecuencia.

Pero, a la vez, lo que vemos también es la cronificación en la exclusión social. Cuando se puso en marcha la sala de consumo también formaba parte de un abordaje en ese momento... tres años antes se había abierto el centro de día, el año anterior el centro de noche... digamos que fue toda una puesta en marcha de una batería de servicios para una necesidad concreta pero años después, el grueso de personas que siguen en exclusión social siguen estando cada vez más alejadas de la posibilidad de vol... quiero decir: también tiene mucho que ver con cómo se configura el sistema social, ¿no? Hablar de la inclusión dentro del sistema, la exclusión, la inclusión cada vez más lejana... EL sistema, también... qué canales de inclusión te ofrece en el momento en el que llevas diez años durmiendo en la calle y llevas diez años consumiendo vía inyectada, llevas diez años de no haber entrado en esos circuitos normalizados de la inclusión social, te vas haciendo cada vez más mayor, con lo cual: ¿cuáles son los canales? Esa cronificación en la exclusión social sí tiene que ver con que ya llevas diez años más que antes de vivir en la calle, diez años más de consumo, diez años más de blablabla... pero, realmente, ¿cuáles son los canales que se tienen para esos colectivos que han estado alejados de la vida normalizada cuando ya ha pasado mucho tiempo y además se ha cronificado su consumo y pueden estar padeciendo trastornos adictivos, psiquiátricos, realmente qué canales de inclusión tenemos? Entonces, esta cronificación en la exclusión tiene que ver con la cronificación en el consumo pero también con la inexistencia o la incapacidad de las políticas públicas de planificar un camino hacia la inclusión que no pase únicamente por los talleres de laborales, o que no tengan como únicos canales de inclusión empleo y educación porque hay colectivos con los que no sirve, no pueden servir esos canales.

1: Enganchando con eso, justamente, me gustaría preguntarte, desde tu propia experiencia, ¿cómo evaluarías el estado actual de las respuestas existentes en materia de drogodependencias? Sobre todo a la hora de comprender, analizar y evaluar el famoso enfoque biopsicosocial, y su impacto, que se promueve desde lo "oficial", desde los organismos institucionales y de peso.

E11: A ver, mi impresión es que sigue habiendo, o sea por mucho que se haya avanzado en el abordaje de las drogodependencias, por lo menos en Euskadi se ha avanzado bastante, digamos que tenemos una conciencia político-social de la que en cierta medida...en plan bien; en otros sitios...estamos a años luz de esto, pero aún así tampoco hay que dormirse en los laureles. Sigue habiendo una visión muy sectorial de las drogodependencias como si fuera una cuestión... además, ahora, hace dos años se pasó drogodependencias desde asuntos sociales a sanidad, con lo cual es un enfoque muy sectorial. Que también es verdad que se entiende desde un punto de vista sociosanitario, sí, pero con unas limitaciones importantes. Sigue estando situado en Sanidad y sigue habiendo un enfoque muy orientado a... encasillar el abordaje de las drogodependencias dentro de un sector concreto. Bien. Y también esto lo replicamos las entidades. Porque estamos los que trabajamos en drogas, los que trabajamos con personas sin techo, los que trabajamos en inmigración, con prostitución... o sea, por sectores; cuando, realmente hay personas que reúnen todas estas situaciones y, de repente, tienen que estar abriéndose una historia en cada recurso y estar contando lo mismo en cuatro recursos distintos porque a la vez son consumidores, se prostituyen, están sin techo y son inmigrantes. Y tienen que estar haciendo un recorrido múltiple para poder cubrir una necesidad en cada sitio. [silencio] Por lo menos existen esos sitios. Ni tan mal.

La segunda parte de tu pregunta apuntaba a...

1: Era, sobre todo, bueno, cómo lo evaluarías esta oferta y esta visión, sobre todo, en términos de conceptualizar lo que es este enfoque biopsicosocial, ¿no? Es decir: por qué pesa más lo bio sobre lo social o también, por ejemplo, por qué está en sectores y se trata de una gestión de la miseria. Es decir...

E11: Sí. Sí. Por ejemplo, el abordaje...A ver, hay un componente sanitario que, evidentemente, tiene que estar ahí y va a seguir estando ahí. Sobre todo cuando estamos viendo la aparición de trastornos

psiquiátricos cada vez más frecuentes, incluso no diagnosticados; es una cuestión sanitaria que existe y que tiene que estar ahí.

Un aspecto positivo que también genera mucha expectación en el ámbito social es la definición del espacio sociosanitario que es algo que está, por lo visto, a punto de definirse. Debería haber la publicación de una cartera de servicios sociosanitarios antes de finales de año.

1: ¿Para...

E11: Para Euskadi. O por lo menos para Bizkaia sí. Porque las negociaciones son más fáciles en Bizkaia porque es PNV en los tres niveles de la Administración. En los otros centros históricos no es tan sencillo porque hay otros partidos en los niveles de gobierno, con lo cual entiendo que se estirarán más las negociaciones. Pero una vez que se definan, por ejemplo, cuáles son las situaciones para las que hace falta un abordaje sociosanitario será mucho más fácil para las políticas públicas incorporar una visión biopsicosocial. Pero efectiva: donde no hay un psiquiatra que te atiende que se supone que también incorpora una visión social. No. Un psiquiatra no va a incorporar una visión social. Y sobre todo cuando, por ejemplo, ese es un tema que hemos estado hablando el año pasado cuando hicimos un estudio con la asociación que gestiona el centro de noche de Hontza, que es de Cáritas, e hicimos un estudio para analizar después de diez años, porque Cáritas abre también un centro de noche en 2003, unos meses antes de la sala de consumo, tenemos un recorrido parecido y atendemos, casi, a la misma población; bien, ¿qué hemos aprendido en esos diez años desde la intervención?, ¿qué modificaciones hemos ido adoptando para poder, digamos, adaptarnos a la evolución del contexto? A partir de ahí sacamos unas conclusiones, unas buenas prácticas para la intervención, lo que a nosotros nos ha funcionado. Pero lo que nosotros decíamos es: “nos hemos adaptado las entidades desde nuestra propia experiencia concreta. Pero no porque ha habido un planteamiento institucional de reorientación de la intervención, de lo que queremos hacer. Desde nuestra flexibilidad, desde nuestra iniciativa hemos ido introduciendo modificaciones. Bien. Proponemos que desde la Administración se impulse este, este y este otro cambio”. Y lo que nosotros considerábamos era incorporar a las entidades sociales dentro de los procedimientos que se inician y se mantienen únicamente en la Administración Pública.

Por ejemplo los [procedimientos] que tienen que ver con los informes de valoración de la Diputación. ¿Por qué no se incorpora también información?... ¡Claro! No se puede incorporar hoy en día así como estamos estructurados por la Ley de Protección de Datos. Pero si buscamos fórmulas que tienen que ver con el consentimiento de la persona usuaria, que tiene que ver con la existencia de un trabajo articulado entre las entidades y no “yo tengo mi sala de consumo, tú tienes tu centro de noche. Tú, Diputación, haces tu informe de valoración...”. Incorporamos ese conocimiento que se basa en el día a día, del ver y el estar con las personas usuarias a través de un abordaje integral que tiene que ver, también, con “vale, aquí vienes a consumir y no puedo ofrecerte otros servicios”, pero ese espacio e intervención sociosanitario tiene que ver con detección de otras necesidades que pueden ser abordadas aquí, si podemos, o a través de otros sitios con derivaciones. Pero si esto forma parte de una red integral, unificada, de intervención pues ya, ese conocimiento, forma parte del abordaje que se pueda dar desde la trabajadora social de la Diputación etc.

1: Ahí andaría el matiz, ¿no?, entre lo sociosanitario frente a lo biopsicosocial.

E11: Efectivamente.

1: Vale, vale. Bueno, esta pregunta va orientada, también, sobre o hacia ver si existe un contexto, una brecha, que pueda dar pie a nuevos enfoques de intervención o nuevos estilos. ¿Crees que es posible dadas las condiciones en las que estamos, contexto económico, social, político? ¿Crees que es posible la posibilidad de un nuevo espacio? Yo, por ejemplo, vengo de las metodologías participativas y me gustaría saber si es posible aplicar una perspectiva sociosanitaria o biopsicosocial

que dé más peso a los factores sociales que como se hace hoy en día. Sobre todo teniendo en cuenta ese factor de empoderamiento como decías tú, entrecomillas, de la persona que tiene que ser el propio motor desde un punto de vista freiriano.

E11: Ehhh, sí... No lo sé. No sé yo. Quiero decir, ahora mismo... Aquí no se ha, en Euskadi por lo menos, no se ha cerrado, todavía, ningún recurso de atención a las drogodependencias por razones relacionadas con la crisis. Sí es evidente que hay una orientación hacia la racionalización de los recursos destinados al ámbito de las drogodependencias: de recursos públicos y también de cómo nosotros organizamos nuestra intervención. Eso es inevitable. Y también, yo creo que si estos procesos de cambio vienen impulsados por una cuestión económica, no es lo deseable pero sí puede servir para prender la mecha y repensar, realmente, qué estamos haciendo, cómo lo estamos haciendo y, en este contexto, hay una manera de hacerlo de una forma más organizada, tiene sentido hoy en día que sigamos teniendo tres recursos distintos para atender a esas poblaciones o tendría sentido, pero no tanto por una cuestión de ahorrar, sino por una cuestión de cómo organizar los recursos para atender mejor esas necesidades [golpes de mano para reforzar su intervención]. Evidentemente, cuando se pusieron en marcha para atender a una población X, ahora, ya, el tema es distinto. ¿Tiene sentido que esas personas que están más deterioradas en lugar de estar caminando de un sitio a otro puedan ir a un único sitio y allí tener los servicios típicos de un centro de día y también los de un consumo supervisado? Pues igual tiene sentido. Y “oye, resulta que también nos cuadra económicamente porque aprovechamos mejor los pocos recursos que hay”. En ese sentido, yo creo que hay un espacio para una reflexión que no puede ser eterna, tiene que ser más ya [golpes de mano sobre mano] para ver cómo podemos adaptar la red de recursos a las nuevas necesidades y si, además, podemos ahorrar también tenemos que ser responsables con el uso de los fondos públicos. Ahora, el razonamiento no puede ser al revés. No puede ser: “A ver, con lo poco que tenemos, a ver qué hacemos”. Pues no. La necesidad hay que atenderla y si hay que estirar presupuestos, se tiene que estirar. Siempre y cuando sea una forma responsable de organizar esto.

Por otro lado, me comentabas el punto de vista de lo participativo. Aquí sí que se ha intentado en varias ocasiones y, de hecho, han existido asociaciones de personas usuarias. También es verdad que nunca han llegado al mismo nivel de desarrollo que han tenido, por ejemplo, en Francia. En Francia existe una asociación que es ¿¿¿¿¿¿¿¿Asud????, que es una de las más conocidas... Asociación de usuarios y ex usuarios. Y también hay otras a nivel más pequeño. En Euskadi, digamos, no ha habido esta capacidad asociativa o no sé cómo definirlo. Por lo menos dentro del sector en el que nosotros trabajamos. Aquí, por ejemplo, hay asociaciones de personas consumidoras de cannabis pero ellos se mueven, ya, en otro entorno, las demandas que canalizan se orientan a otro ámbito, con lo cual no es lo mismo. Desde el punto de la exclusión social, no hay, no ha habido, y sí que se ha impulsado a nivel tanto político como social, pero no ha prendido.

1: Sobre la cuestión de los problemas, ¿a quién le corresponde solucionarlos? Desde el punto de vista del Asistencialismo, de la gestión del problema y de la solución. Sobre todo para hacer ver que la persona con ese problema no es un sujeto pasivo que recibe, sino que...

E11: Sí, ya. Pero en reducción de daños este enfoque está ahí. Quiero decir, la centralidad de la persona, la participación de la persona, es necesaria en el diseño de la intervención...en el diseño de la misma intervención tiene que estar. Y eso, la sala de consumo lo recoge y los otros recursos de baja exigencia también lo recogen. Cuando se abrió la sala, por ejemplo, la misma distribución del espacio es algo que se trabajó con las personas destinatarias. O, incluso, antes de abrir la propia sala. Se hicieron dos estudios: uno lo encargó la dirección de drogodependientes del Gobierno Vasco y el otro la Diputación. Eran encuestas a personas consumidoras, personas heroinómanas que no estaban en tratamiento y se les preguntó si de existir una sala de consumo la hubieran utilizado y cómo tenía que ser para que respondiera a sus expectativas, necesidades, o lo que fuera: horario de apertura, el tipo de jeringa que quieres para consumir, los talleres que realizamos, de qué queréis que hablemos... todos esos niveles distintos de participación, por supuesto que tiene que estar ahí.

El estudio que te comentaba antes sobre buenas prácticas de la intervención, ojo: quién dice qué son buenas prácticas. No los profesionales porque nos ha resultado cómodo en un momento dado, sino porque, realmente, las personas a las que hemos estado acompañando en esos diez años nos dan un feedback positivo sobre esas intervenciones. Con lo cual, el ejercicio de poder dentro de la intervención social es algo que es muy peligroso, en el sentido que es muy fácil que aparezca, es muy fácil que yo, profesional de la intervención, te diga a ti, usuario, qué es lo que te viene bien ahora, qué es lo que tienes que hacer, o dónde tienes que ir. Intentamos tener siempre presente que existe una asimetría que facilita que se ejerza poder. La idea no es esa. La idea es acompañar a la persona a su área, dentro de un camino que sea el que esa persona quiera marcar.

1: Sobre todo porque desde donde yo vengo, que es Madrid, me parece que hay bastante diferencia sobre el estilo directivo o de acompañamiento que manejaís unos y otros. Era por eso sobre todo: remarcar si, realmente, tenéis incorporado ese tipo de discurso como acabas de decir y se va mostrando y se va articulando en vuestra propia práctica.

E11: Por ejemplo, aquí también teníamos una revista que ahora ya no la tenemos porque no hay presupuesto para eso. La revista era una revista que trabajábamos conjuntamente la Comisión AntiSIDA, que tiene un centro de día aquí a doscientos metros, y nosotros. Únicamente éramos facilitadores. El tema principal de la revista lo elegían las personas usuarias y a partir de ahí lo que hacíamos era sentarnos con ellas, animar a otros usuarios a que también escribieran un artículo, una reflexión, una poesía... que cada uno expresara lo que quisiera, y pudiera, sobre ese argumento. Salir a la calle a hacer fotos con ellos sobre el tema propuesto. Luego la revista se editaba. De eso nos ocupábamos nosotros, la maquetamos, presentamos un borrador, si les parecía bien se mandaba a imprenta y una vez que estaba en imprenta la tarea era difundirla fuera del barrio. Normalmente salían temas relacionados con drogas, con el barrio de San Francisco....Me dijiste que conocías Bilbao...

1: Bueno, estuve por la zona de Bilbi, que es por donde está la iglesia y el mercado.... ¿el puente de San Francisco puede ser?

E11: El Puente de San Antón, ¿no? El Puente de San Antón es una de las entradas al barrio de San Francisco que está un poco más arriba y ahí es donde se ha concentrado siempre compra-venta de drogas, prostitución, luego llegó la inmigración...quiero decir que es el foco de exclusión social en pleno centro de Bilbao, en un barrio urbanísticamente muy deteriorado, que luego se han puesto en marcha planes urbanos de rehabilitación, etc., pero esas bolsas de exclusión urbana aquí están concentrados en pleno centro de la ciudad. Esto era por...los temas que tienen que ver con la revista... la idea era que trataran de temas del barrio pero que salgan del barrio. Con lo cual eran, también, las personas usuarias las que iban distribuyendo la revista, que era su revista, eran sus temas, eran sus inquietudes y sus habilidades porque, claro, cuando hablamos de un yonki a ver quién se imagina que un yonki escribe un texto con un nivel de profundidad no solo emocional sino también con vocabulario, que saca unas fotos muy guapas y tal... visibilizar que el colectivo tiene inquietudes, capacidades expresivas, expectativas, una forma de ver el barrio, qué barrio quieren, qué tipo de recursos quieren, por qué los quieren... todo esto, visibilizarlo y visibilizarlo en otros barrios que no están tan familiarizados con el mundo de la exclusión y de las drogodependencias, yo creo que era un argumento muy positivo y que además fueran las mismas personas las que tomaran la iniciativa sobre los contenidos, cómo trabajarlos, difundirlos, qué mensajes querían transmitir... me parecía un mensaje muy potente, ¿no? Ahora esto ya no lo tenemos pero en el momento en el que lo teníamos, que lo tuvimos durante unos cuantos años, la respuesta que recibíamos de fuera de aquí, de fuera de San Francisco, era muy positiva. Y eso creo que es una cuestión de trabajarlo.

1: Bueno, por no liarte mucho más, tengo un par de preguntitas y bueno, sí que me parece muy interesante visibilizar que las personas con problemas y trastornos de consumo son personas en el fondo, ¿no? Es curioso como los procesos históricos han ido dando una determinada forma a

determinados problemas. Sería interesante estudiar la relación entre el proceso de reconversión industrial y la explosión de los consumos... Es decir, realmente, que si se ha tratado en el País Vasco abiertamente o crees que no.

E11: A ver, está ahí. El tema de la reconversión industrial pues, evidentemente, fue el contexto socioeconómico-político, todo el contexto en general, en el que se dio el boom de la heroína en su momento. Hay tesis que vinculan la propagación del consumo de heroína con la voluntad política de dormir una generación que estaba siendo muy conflictiva, en el marco de relaciones laborales muy complejas, de conflictos sindicales, sociales, las imágenes de Bilbao, no sé si las has visto, pero vamos, había una conflictividad muy, muy fuerte a nivel no solo de las empresas, a nivel sindical, sino también a nivel social. Yo no suelo creer en teorías conspirativas. Sobre todo porque no explican la complejidad de un fenómeno. Y dos, porque siempre dejan fuera algo. Que pudo haber habido una intención política de dormir a una parte joven de la población que estaba siendo especialmente conflictiva, que estaba siendo excesivamente complicada, pues igual sí, igual no. No lo sé. A mí eso no me da la respuesta del y después qué. Yo lo que sí veo es que había un caldo de cultivo, unas tensiones... a ver, no nos olvidemos que la reconversión fue después de la Transición. La Transición aquí en Euskadi, pues también generó una serie de fricciones y una serie de cabos que no se terminaron de atar y una serie de expectativas frustradas que también hay que tener en cuenta. Con lo cual cuando llega la reconversión industrial, pues ya había un caldo de cultivo previo que también hay que tener en cuenta. Hay que tener en cuenta también la desilusión que pudo haber habido sobre las expectativas que genera un sistema democrático y después la frustración de la reconversión y el impacto que tiene en el nivel de desempleo. Que aquí fue brutal. O sea, transformar una economía de industrial a servicios pues eso genera un trauma a nivel identitario, a nivel de qué sociedad somos y qué sociedad queremos ser. El Bilbao de hoy es un Bilbao que no tiene nada que ver con el Bilbao de hace ochenta años. Con lo cual, la proyección que se estaba generando en la sociedad vizcaína, evidentemente, debería generar unas fricciones. En un marco de tensiones sociales. Con lo cual yo creo que había muchos más factores que deberíamos tener en cuenta. Más toda la significación social que se atribuye al consumo de una sustancia en un momento dado, en un contexto dado, en un entorno social dado. Con lo cual, sí. La reconversión industrial y esa teoría conspirativa, bien si la queremos creer, ahí está, y a mí no me sirve del todo. Sin más. Pero sí me interesa saber qué otros factores había en su momento. La heroína fue y tuvo su boom en Euskadi pero también la tuvo en otros sitios. Los contextos eran distintos pero, sin embargo, se difundió igual. Con lo cual tiene que haber algo más que no solamente el impacto de la reconversión industrial.

Yo creo que, lo que comentaba antes, toda esa carga simbólica, todo ese universo de representaciones sociales que está sintetizado en un consumo porque... o sea, el consumo no es solo una relación que pasa entre una persona y una sustancia, sino que se inscribe en un marco de relaciones más complejas. ¿Cuáles son esas relaciones complejas que hacen que una persona en un momento dado, ese comportamiento, ese consumo, qué significado adquiere como para que uno se vincule a ese consumo y no a otro? Porque también va por épocas y por determinados sectores sociales. En los 60s había otro tipo de consumo, más relacionado a un entorno más contracultural, qué significaba en ese entorno y por qué luego cuando se vinculó más a sectores en exclusión asumió la connotación mediática que asumió. ¿Por qué en un contexto no saltó la alarma y en otro contexto sí? ¿Cuánto tiene que ver con el miedo de las clases dominantes a que eso se propagara también entre sus propios hijos, que el SIDA brotara entre sus propios hijos...en fin, lo que creo es que hay diferentes puntos de lectura que explican mucho más que el simple hecho de la reconversión.

1: Con esto justo que acabas de decir, me gustaría, bueno, recapitulando toda la conversación que hemos tenido, ¿qué entiendes por droga y si esa definición recoge toda la complejidad del fenómeno, o de la problemática, y si no es así, qué elementos considerarías fundamentales para construir una definición útil? Si quieres me contestas primero...

E11: Sí. Qué entiendo por droga. Como profesional que trabaja en el sector, pues droga es cualquier sustancia que altera la función del sistema nervioso central. Bien. Definición estándar, clásica. Ahora, desde un punto de vista más crítico, pues, cuando hablamos de droga ya estamos introduciendo un filtro previo. Nunca hablamos de droga cuando hablamos de tabaco. Aunque sepamos que son drogas, aunque legales, el tabaco y el alcohol, pero realmente, en el lenguaje coloquial nunca nos referimos a ella como droga. Cuando ya hablamos de drogas, automáticamente ya estamos pensando de drogas ilegales. Quizás no tanto en el ámbito profesional de la Intervención, pero en la calle ¡sí! Y cuando ya estamos hablando de drogas ilegales, ya estamos hablando del yonki. Incluso cuando pensamos en los consumos de fin de semana, los consumos de las “pastis” en una disco, no pensamos en ese consumo como un consumo de drogas. No solemos asociar la palabra drogas y la idea de drogodependiente a esa persona. Tampoco lo tienen por qué ser, ¿no? Que hagan consumos esporádicos no significa que sean drogodependientes. Pero también yo creo que hay que situar el consumo de drogas dentro de un contexto más... todo el mundo tenemos dependencias, de determinados tipos y de determinado nivel de problematización para gestionar nuestras vidas, ¿no? Que tienen que ver con nuestra manera de, yo qué sé, del trabajo, del sexo, o de otra serie de factores en nuestra gestión diaria, es lo que nos permite controlarlas mejor, peor, bien, mal, lo que sea. En el caso concreto en el que esa dependencia se relacione con una sustancia ilegal pues ya surge toda una problemática que tiene que ver con lo que entendemos como drogodependencias en general y con todo el estigma construido con esa problemática social. ¿Cuánto de esto tiene que ver con los riesgos relacionados, concretamente, con la sustancia? Pues hasta cierto punto ya sabemos que las drogas legales matan más que las ilegales pero, sin embargo, la alarma social está muy relacionada con las drogas ilegales. Con lo cual hay una parte de construcción social relacionada con el estigma, que tiene que ver con la manera en cómo entendemos y cómo abordamos determinados consumos. Una noche sales por el casco viejo de Bilbao y ves que hay un nivel de consumo de sustancias... brutal. Y ahí estoy mezclando tabaco con alcohol, marihuana y otras drogas que no generan alarma social y, realmente, eso no se percibe igual que un consumo esporádico de una sustancia ilegal.

1: Y, bueno, volviendo a la cuestión de la definición de droga que tenemos, quedaría incompleta...

E11: Quedaría incompleta y sigue estando muy vinculada con esa construcción del concepto droga relacionado con la sustancia ilegalizada.

1: ¿Y cómo crees que... qué elementos o qué pilares crees que deberían estar presentes para que sirvieran tanto en lo teórico como en lo práctico, como en lo micro y en lo macro, para reflejar toda la complejidad inherente a la droga como construcción cultural?

E11: Pues primero eliminar toda moralización del consumo en el ámbito legislativo. En el momento en el que sigue habiendo sustancias que están ilegalizadas y otras que, lo que quiero decir: el enfoque prohibicionista es un enfoque que ya de por sí muestra un sesgo, a nivel legal, evidentemente, pero también a nivel cultural. Entonces, mi posición personal, pero hablo a nivel personal, no ya a nivel de MdelM, mi enfoque es el de la regulación de las sustancias. No estoy diciendo “repartir por ahí cualquier sustancia”, porque tampoco sería lo ideal, pero sí desvincularlas de la clandestinidad. Eso ya transmitiría un mensaje que permitiría reducir el estigma asociado a esas sustancias y no a otras. Y también evitaría que la compra-venta de esas sustancias se mueva en un contexto de ilegalidad, de marginalidad que, a su vez, alimenta el estigma hacia ese mundo.

1: Sería una especie de profecía autocumplida, ¿verdad?

E11: Efectivamente. Efectivamente. Entonces, regular la compra-venta de sustancias, que haya un canal controlado para acceder a ellas y que se acompañe eso de toda la información disponible para que las personas sepan qué es eso, qué es lo que van a comprar, qué van a consumir; porque si quieren consumir, lo van a hacer igual pero en un contexto ilegal. Y exponiéndose a una serie de

riesgos porque no saben realmente lo que tiene la bolsita que le está vendiendo el camello por la calle, qué es y qué es lo que tiene dentro en realidad. Mientras que si hubiera un canal reglamentado de venta, pues eso ya sería distinto y se evitaría toda esa carga simbólica sobre determinadas sustancias que luego no tienen otras como por ejemplo es el caso del tabaco.

1: Vale, vale. Un par de preguntas más y terminamos.

Esta te la voy a leer porque me cuesta decirla así del tirón: en términos de etiquetamiento social, ¿de qué manera crees que ha influido el estereotipo del yonki a asentar un determinado enfoque en la práctica profesional y en los códigos normativos? Y, ¿crees que esa imagen deteriorada todavía es válida o ya está superada?

E11: A ver, ha influido y ha influido concretamente mucho en el diseño de los programas de tratamiento. Esa es mi opinión, eh. Creo que en el momento en el que el tratamiento tiene el objetivo del abandono del consumo...de una forma estándar, ¿no? por mucho que sea un tratamiento individualizado, pero, al final, el fármaco principal que se usa es la metadona, otros son todavía experimentales y para la cocaína no hay ni eso y en el momento en que es uniforme para todos los usuarios y que es difícil que un tratamiento estándar tenga realmente en cuenta situaciones diferenciadas... por no hablar de los programas libres de drogas... Evidentemente están introduciendo un sesgo moralista del consumo. Está introduciendo... “y si te pilló consumiendo, además, te echo y no puedes volver hasta dentro de seis meses”, eso sí que está introduciendo un sesgo moralista, un sesgo que parte de la visión del consumo como algo que no sabes controlar y que tienes que aprender a controlar. Es como: “y si quiero consumir, qué pasa. O si quiero hacer un consumo regulado durante el tiempo pero que no me afecte demasiado...”. Porque sí que hay personas que hacen un consumo controlado de sustancias y lo mantienen de manera estable y no les afecta en su calidad de vida. Pero, claro, eso es un porcentaje reducido de personas.

Volviendo a lo que quería decir, esa visión sí ha introducido dentro del ámbito de la intervención un sesgo concreto que tiene también que ver con esa pérdida de capacidades asociadas a las personas consumidoras en exclusión social. ¿Qué pérdida? ¿Por qué lo damos por asumido? Puede ser que sí, que a través de un deterioro progresivo en el tiempo, las facultades, se ven perjudicadas. Vale. Y serán casos concretos. Pero no podemos asumir, de entrada, que hay una pérdida de capacidades porque alguien está consumiendo o lleva tiempo consumiendo.

1: En términos de normalidad y desviación social, como conceptos sociológicos, ¿crees que esa población, o ese colectivo, ha servido para poner en práctica ciertas experiencias para luego trasladarlas a lo que viene siendo la población en general?

E11: Sí.

1: Me refiero en términos de gobernabilidad...

E11: Sí. Y sigo hablando desde un punto de vista personal en esto. O sea, estas últimas preguntas...

1: reflejan eso...

E11: Sí.

Está clarísimo. La metadona ha sido una herramienta de control social. Evidentemente, en el momento en que teníamos a los heroinómanos adscritos a un programa concreto y, sobre todo, cuando, además, el abordaje ha sido sanitarista, psiquiatrizante... Sí que había una visión que por muy centrada que estuviera en la deshabituación, también tenía un componente de control social relacionado con el “vamos a dormir” en cierta medida...quiero decir, no con la conspiración que te decía antes pero... Eh, si el consumo no se consideraba una parte del tratamiento, sino que si

consumes te echo y el resto, y el tratamiento consiste en benzos que te dejan planchado, o base de metadona que en dosis altas también... Quiero decir, no pretendo cuestionar la profesionalidad de las personas que trabajan en esto y que lo han trabajado de una manera muy con mucha involucración. Sobre todo aquí, desde el ámbito hospitalario. Con una emoción enorme. Pero, a nivel general, ofrecer una única herramienta terapéutica sin tener en cuenta que cada situación es distinta según la persona y que hay personas que pueden no querer dejar de consumir y que eso, también, tiene que formar parte de la metodología terapéutica a utilizar, pues claro que introduce un sesgo de reconducir una conducta hacia uno normativo que es el no consumo. No sé si te he contestado a la pregunta.

1: Sí. Bueno, es sobre todo, para enganchar con la penúltima pregunta que es si crees que podemos caracterizar a esta población como un colectivo marcado por el grado de experimentación al que se han sometido y al que les han sometido. Es decir, se están generando determinadas políticas, desde el punto de vista foucaultiano...

E11: Sí.

1: ... que hasta hace cuarenta o cincuenta años no se sabían y eso está generando una especie de política o de herramienta, sobre el cuerpo, sobre lo biológico que si no fuera por esta posibilidad no se habría hecho, ¿no? Los estudios sobre los efectos que tienen en el cerebro, el campo de la conducta...todo este tipo de hechos que ahí están y que veo, desde mi óptica cuando estoy haciendo mi análisis, que sí que puede tener un grado...

E11: Significativo.

1: Sí. Significativo.

E11: Sí. Totalmente de acuerdo.

1: ¿Por qué se asume que para determinados tratamientos hay que realizar determinadas prácticas o exploraciones o, cómo lo diría, utilizar determinada tecnología farmacológica...

E11: Efectivamente. Tú ahora has mencionado a Foucault y, claramente, toda la descripción que Foucault hace de la microfísica del poder pues, efectivamente, en este ámbito lo vemos clarísimo. Los mecanismos de control social, pues tal y como lo describe Foucault en "Vigilar y Castigar" pues también aplican separación, primero, y generación de mecanismos legales y de intervención que también generan un discurso que también se alimenta a sí mismo.

En fin, lo que yo creo es que en este colectivo ha habido mucho de este tipo, muchas políticas que por un lado han querido abordar una problemática pero por otro lado han querido controlar esa problemática. Cuando por ejemplo se crean las Unidades Infecciosas, de Osakidetza, pues, evidentemente, fue gente que, de entrada, unos médicos que de entrada... no se conocía lo que se conoce hoy...pues claro que ha habido una experimentación. Pero ¿cuánto de esa experimentación ha tenido que ver con ese significado social que asumían los cuerpos enfermos de los heroinómanos? Entonces, yo creo que hay una lectura desde la emergencia social que supuso en aquellos años que, por supuesto, hizo que gente con mucha iniciativa se pusiera al frente y adoptaran una serie de medidas de [palmas sobre la mano para marcar ritmo] respuesta a esa problemática pero, por el otro lado, ¡ojo!: ¿qué hemos transmitido? –yo no había nacido pero bueno-; ¿qué se ha transmitido con esas medidas? ¿Qué tipo de discurso social se ha creado y se ha alimentado? Y ¿en qué medida ese discurso social ha sido utilizado, a su vez, como herramienta de control? Y a partir de aquí... ¡Buff!

1: Vale, pues, finalmente, volviendo a esa cuestión de que tú hablas de tu organización o que tu organización habla a través de ti... ¿crees que tu organización y este recurso podría implicarse en otras organizaciones y otras estrategias que vayan más allá de la reducción del daño?

E11: ¿Cómo? ¿Cómo? Perdona...

1: Vale. ¿Crees que tu organización...

E11: Vale. Lo último, al no haber un posicionamiento oficial de la organización, pues no puedo hablar en nombre de. Lo último, lo de la regulación de sustancias, eso es personal.

1: Vale. Por remarcarlo y demás. Aunque luego ya te pasaré la transcripción para que des tu visto bueno.

E11: Ok.

1: Y sobre si tu organización se incorporaría en caso de que existiese esa posibilidad...

E11: No, ya estamos en esa corriente. O sea, el enfoque de trabajo que tenemos es el sociosanitario. No sólo en la sala de consumo, lo que te comentaba antes de educación para la salud y tal, sino también en general. MdelM en su intervención pero todo porque el enfoque de salud que adopta MdelM tiene que ver con unos determinantes sociales, económicos y culturales de la Salud. Hay una serie de factores externos que inciden en tu salud, con lo cual pues es inevitable que todas las intervenciones que llevamos a cabo abarquen ese componente. Sí. Totalmente.

1: Bueno, pues si quieres añadir alguna cosa más, solo me queda agradecer tu disponibilidad y tu tiempo.

E11: No, a ti. Y cuando tengas la tesis hecha, no sé qué tiempos manejas, me gustaría verla.

1: Vale. Yo te paso la tesina, si quieres, que la tengo por ahí y luego ya la tesis, es otra historia.

E11: Dentro de unos cuantos años...

1: No, no. Espero que como mucho un añito. Como mucho.

E11: Ah, bueno. Entonces ya...

1: Estoy con el viejo plan y no me queda mucho más tiempo.

E11: Vale. Pues ya me la pasarás y le echaré un ojo.

1: Vale, pues muchas gracias.

E11: A ti.

TÉCNICAS ASOCIACIÓN CONSUMOS CRÍTICOS E12:

1: Vale. Antes de nada agradecer que te prestes a este tipo de entrevistas ya que creo que es muy importante para ir generando un debate, que es el que a mí me interesa desde el punto de vista sociológico, y bueno sobre todo que abráis vuestras puertas y me dejéis fisgonear o preguntaros cuales son vuestras versiones...

E12: Sí, yo lo que te dije, hasta donde te pueda ayudar encantada y si te hacen falta cosas o tal vemos a ver si hay otra persona que quiera colaborar o tal por eso no hay problema.

1: Vale, perfecto. Vale pues, así, para empezar me gustaría preguntarte quién eres y bueno, de dónde surge esta experiencia y que me comentas así un poco...

E12: ¿Experiencia personal mía? ¿O en general del proyecto?

1: Eh...bueno, si quieres pues más o menos qué es lo que haces, cómo lo desarrollas y luego también cómo se desarrolla lo que es la organización, de dónde viene y cuál es el significado de este tipo de acciones.

E12: Bueno, pues entonces tengo para hablar un rato, je, je. A ver, yo empecé hace cuatro años ya, me parece...Eh, bueno, empecé como voluntaria, como todo el mundo que entra primero como voluntario. Y he estado dos años encargándome como técnica de intervenciones en los espacios de ocio. No sé si has mirado un poco por la web y tal lo que hacemos...

1: Sí, sí...

E12: Participamos en eventos y tal y, entonces, he estado llevando esa parte. Y desde enero de este año estoy en la coordinación. Antes estaba una compañera, ahora estoy con ella, pues desde enero la parte de intervenciones ha pasado a otra persona y estoy llevando yo esto. Y bueno, otros proyectos que se están empezando a abrir...pues de momento a falta de personal así que también los voy gestionando yo un poco...pero bueno... Principal, coordinación y....mm....

Bueno de la organización. Empezó hace 17 años. Bueno empezó, en realidad en Barcelona. Eran dos grupitos a la vez, prácticamente sin tener conexión en Madrid y Barcelona, sólo que cuando empecé a mirar los de Madrid... “¡Ah, mira! si hay gente que está en Barcelona haciendo esto”... Se pusieron en contacto y así empezaron un poco juntos...Y empezaron un poco como respuesta a un vacío. O sea, estaban las campañas por un lado oficiales, ¿no?, de prevención universal. Pues un poco enfocadas a la abstinencia, al No, y bueno a todos estos clichés que hemos oído mil veces, ¿no?: de “el mundo de la droga”, “la droga te engancha”, “empiezas con un porro y acabas en la heroína” y cosas así. Y luego se empezaba también con el tema de reducción del daño. Pero ya en atención a personas drogodependientes. Y había ahí un vacío, un grupo de gente que había consumido alguna vez o estaba pensando en consumir...o no, pero en cualquier caso como muy esporádico y no había fuentes de información. No. No había formas, pues eso, de informarse sobre la sustancia, sobre ella, sobre los riesgos, sobre cómo funcionan y, entonces, empezó un poquito ahí, como respuesta a ese vacío. También en contacto, pues las personas que pues a lo mejor tenían ya problemas y decían eso de “jo. Pues si en su momento alguien me hubiese explicado un par de cosas”, ¿no? O “si hubiese sabido un par de cosas pues a lo mejor no hubiese llegado tan lejos”.

Entonces así empezaron pues, con poquitos medios. Lo primero que se empezó fue con la intervención en los espacios de ocio. Porque es directamente en donde se produce el consumo, donde se puede producir este “consumo recreativo” que decimos, no “problemático”, y... entonces, pues nada: una mesita allí con información. Al principio pues impresa, cutre, y empezó habiendo un poco más de financiación y empezaron con más...con los folletos, más investigación, la atención telefónica, y todas estas áreas que ya viste. El servicio de análisis empezó en 2005, pues también o sea por... hay como varias áreas que cubrir en cuanto a información. Siempre decimos que la experiencia de uno depende a partes iguales de la sustancia, del contexto y de uno mismo. O sea, la experiencia que uno vaya a tener no es toda la sustancia ni mucho menos. Entonces la información que damos va orientada a esas tres cosas y (coff, coff)- Perdona- (coff, coff, coff)... ¡Jolín!

1: Tranquila...

E12: [bebe agua] Entonces, el tema del análisis surge un poco porque, bueno, las drogas ilegales, al menos, pues no hay ningún tipo de control sobre ellas. O sea, son mafias o camellos o lo que sea, pero no hay ningún tipo de control; como puede pasar con los medicamentos o con drogas legales

como el alcohol o el tabaco aunque luego te encuentras igualmente el garrafón. Pero bueno, al menos puedes tener acceso a algo con cierto control y entonces, ¡claro!; si no sabes qué es lo que tienes manos...qué sustancia es o con qué está cortado...si tiene combinación de varias sustancias o en qué proporción o qué pureza pues es mucho más difícil gestionar... Por mucho que te informes de cómo funciona la sustancia, cuáles son los riesgos, cuáles son las interacciones, cómo intentar reducir los efectos negativos que es un poco lo que asesoramos nosotros. Pero claro, si lo que tienes no sabes lo que es, o es una cosa diferente de lo que tú crees o tal... Pues la información se queda ahí un poquito coja. Entonces empezó por eso. Lo que pasa es que, no sé si lo ha explicado alguien en los videos...

1: Sí, sí. En el video se explica bien pero bueno, es también como una formula. La cuestión de preguntártelo es también para que tú me lo digas, para ofrecerlo también porque bueno, en los anexos o en la bibliografía siempre puedo poner los videos pero siempre me interesa, pues no sé, como conocer la historia...pues el mapa de tiempo, esa cronología.

E12: Sí, no... El concepto que nosotros tenemos en la cabeza de lo que somos...

1: Si bueno, por qué surge, ¿no? Es decir, hay un vacío y por eso sí que me interesa bastante ver porque surge...

E12: No. Me refería a eso, que no se si en la parte de análisis viene explicado. Surgió por esto, ¿no?, pero al final no es...no es como una intervención en sí mismo. O sea sí. Reduce el riesgo en el sentido de que te dice lo que tienes entre manos y tal, pero muchas veces lo usamos como toma de contacto sobre todo... Bueno, aquí en sede también. Iba a decir que sobre todo en fiestas pero en realidad las dos veces: hay veces que eso, se te acerca alguien por curiosidad, a ver qué es eso... Otras veces pues simplemente interesados en la pureza o en no sé qué... O en los cortes, del, verdaderamente, el propio análisis. Pero una vez que están sentados contigo eso te da pie a entablar una conversación un poquito más profunda. Además cuando alguien se acerca a analizar quiere decir que en cierto...cierto interés tiene. Y cierta preocupación por...por su salud. Que esto también es eso, es como un mito muy extendido ¿no?: que la gente que se droga, pues no tiene cabeza ¿No? O los jóvenes...o tal...y nuestra experiencia no es así. De hecho, bueno, te digo los datos que recogemos, que son estadísticos y tal...pero por ejemplo eso, con los análisis...emm...luego preguntamos qué significa para ti el resultado. Si has preguntado sobre los efectos, si aumentas o disminuyes la dosis o la descartas...y bueno...no te sé decir el porcentaje, pero bueno, un noventa y mucho, un noventa y nuevo por ciento de los casos en los que el análisis es negativo, o sea que no es lo que la persona creía directamente descartan, lo tiran ¿No? Descartan el consumo. O sea que cierta preocupación hay. Por supuesto como en todas partes, ¿no?: hay gente que a lo mejor tiene menos preocupación que otros. Y también nuestra intervención se adapta un poquito al tipo de discurso que traen. Pero lo bueno es eso: una vez que tienes a la persona sentada contigo si le haces sentir cómodo, y con nosotros se suelen sentir cómodos, pues ya empieza a fluir la conversación, empieza a contar más cosas, empiezas tú a contar cosas y según como veas lo que la persona te devuelve, o no, se puede profundizar bastante.

1: Me gustaría, o es interesante, preguntarte sobre cómo es ese diálogo; de qué se habla o bueno, sobre todo, cómo la persona que se acerca se toma esa conversación ¿no? Es decir, si es lo que dices tú de esos usos recreativos y esa cuestión de la salud, y del cuidado y del conocimiento, pues cómo se toma todo este tipo de cosas, por ejemplo, al enfrentarte a una cosa que no es lo que tú creías que era, una sustancia que al final es...un veneno o algo así. Si realmente la gente...

E12: O no es necesariamente un veneno. Puede ser otra sustancia con sus correspondientes riesgos y efectos positivos y lo que sea. Lo que pasa que si no es lo que buscas... Por ejemplo, te pongo un caso: en un festival...bueno ha pasado en varios festivales...este verano pues ha habido unas pastillas

en concreto, que han estado bastante extendidas que no eran MDMA, eran 2CE que es una sustancia alucinógena...

1: ¿2D?

E12: 2-C-E.

1: 2CE.

E12: Sí. Un derivado anfetamínico igual que el MDMA. Pero bueno, es una familia enorme... Entonces, éstos tienen efectos alucinógenos. Te hablo de este caso porque sí que tuvimos como diferentes reacciones: de los que vinieron antes de haberlo consumido, que es lo suyo, la gran mayoría fue, la respuesta fue: “¡Ahí va! ¡Pues menos mal que me lo has dicho! Si no... ¡Imagínate! ¡Qué liada! Que me tomo esto pensando que me voy a pegar mi fiesta con mi éxtasis, que es lo que yo conozco, lo que yo buscaba...y pues menos mal que me lo has dicho”. Pues esta fue una reacción como más común. No sé si uno, o muy pocos en cualquier caso... recuerdo uno al menos que le dijimos qué sustancia era y tal, y dijo: “¡ahí va! ¡Qué curioso! Pues explícame qué sustancia es esta, cómo funciona...y no sé qué” y se quedó pensando que a lo mejor lo probaba. Pero bueno, por lo menos sabiendo los efectos, sabiendo las dosis, no esperándose otra cosa. Y luego, mala pata, vinieron unos cuantos que ya lo habían probado ellos, o sus amigos, y venían pues... por la preocupación: “esto me está sentando raro, o yo estoy raro, o algo pasa”. Entonces, en ese sentido, al decirles: “mira no es que estés mal, no te vas a morir, no te estás volviendo loco. Es que es esta otra sustancia y ya está”. Por ejemplo vinieron... Siempre cuando llegamos a los festivales de lo primero que hacemos, ¿no?, es ir a presentarnos a los sanitarios, decirles dónde estamos, lo que hacemos... Muchos de ellos ya nos conocen, pero bueno, para que sepan que estamos ahí, para que haya comunicación y tal. Entonces por ejemplo, en este festival que te digo, vinieron, por ejemplo, que tenían un chaval que estaba con un cuadro de ansiedad brutal y que su amigo pues le había dado unos restitos de lo que había tomado y lo analizamos y era efectivamente esto. Entonces pues eso es un poco lo que pasa por el desconocimiento, que te piensas que es otra cosa y empiezas pues eso, a ver torcido y no sé qué pues... Bueno en este caso el riesgo era ese, la ansiedad, que bueno no es un riesgo de vida o de muerte pero el mal rato...

1: Está ahí.

E12: Sí. Entonces esta es, más o menos, toda la variedad de respuestas que tenemos.

1: Bueno, siguiendo con esa cuestión del tiempo que lleváis quería preguntarte pues que habéis aprendido sobre los estereotipos, los mitos, lo que dices tú de los consumos...los hábitos de consumo, los consumidores... Y luego, bueno, sobre la cuestión del autoconocimiento, la gestión de los riesgos de los placeres... Pero si quieres vamos poco a poco...

E12: Sí. Pues de mitos eso: el principal este, de hecho todavía, y mira que llevamos tiempo, pero todavía la gran mayoría de la gente no nos conoce ¿no? Entonces la reacción general del que nos encuentra por primera vez en una fiesta, o que nos ha visto en internet y de repente se acerca aquí a preguntar y tal es: “¡Ahí va! ¡Cómo es que eso existe!”, ¿no? Y: “pues si lo llevo a saber antes...”. Hay de todo. Por eso digo, a lo mejor, sobre todo eso, en las fiestas, en los eventos estos donde además te encuentras variedad de casos. Pues hay veces que te llega, además, suele pasar con gente que a lo mejor ya lleva unas cuantas copas de más y “a mí... Si yo lo sé todo. ¿A mí qué me vas a contar? Que yo sé todo”. Bueno, siempre se puede aprender algo más. Aparte que lo de “yo lo sé todo”; ¿qué sabes? Lo que has oído en la tele, o lo que te han dicho tus amigos...que esa es como la única fuente de información que...que...que había antes. O que manejaba la mayoría de la gente. Pero bueno, eso, en general la mayor parte de la gente agradece y busca la información. O la busca conscientemente y entonces, esto... por suerte ya se puede encontrar en internet o en todas partes...o bueno, en algunas partes se puede acceder más o menos cualquiera...Y si no quien se entera de eso, de que

puede tener acceso a analizar y tal y se enganchan un poco al carro. O recomiendan amigos. También nos ha llegado bastante gente por el boca a boca.

Eemm... otro... Bueno no sé si mito... otra cosa que nos preocupa un poco es el tema del alcohol: que sigue sin haber percepción de que es una droga. Por ejemplo, esto, el típico caso que te llega uno: “no, no, si yo no...yo eso...yo no me drogo”, además con el gesto este de: “no. Es que es algo malo y yo soy superior a eso” Y... Bueno aprovecho para decir que eso, que nosotros, nuestro enfoque, es un no juzgar y...y no... es un poco contrario a la postura esta paternalista de: “no haz esto, esto es bueno, esto es malo...”. No. nosotros damos información: “esto es así”. Información objetiva y contrastada. Y sabes, no te vamos a decir: “no hagas esto. O esto es terrible”. O calificativos así muy contundentes. No. Decimos las cosas como son y tú decides. Porque al fin y al cabo tú vas a llevar las consecuencias, las buenas y las malas. Entonces, pues eso, fomentar un poco el pensamiento crítico, y que cada uno tome sus decisiones, ¿no? Pero para eso, para tomar una buena decisión, lo principal es estar bien informado. Porque si no, si basas tu decisión en mala información, o en desinformación pues...entonces...eso.

1: Entonces sigue siendo vigente, sigue estando vigente la cuestión de la desinformación, de ese tipo de posturas de falso conocimiento, o desde el desconocimiento...

E12: Bastante. Por suerte cada vez menos. Pero hay bastante. Por ejemplo...emm... Caso típico: ahora con lo del cannabis, de toda la gente a favor del cannabis, de la legalización y tal...emm...empieza mucho este discurso de: “todas las ventajas del cannabis, el cannabis cura el cáncer”...es como la panacea. Pues ese tipo de discursos vienen de gente que eso...que se cree que están argumentando desde el conocimiento cuando en realidad es una cultura que se ha creado también en alrededor de... Lo digo por poner el ejemplo contrario siempre al “contra-las-drogas”, ¿no? En este caso es “a favor de las drogas”, en este caso del cannabis pero también hay desconocimiento por esto porque...como que se mezclan los discursos. O sea: una cosa es que argumentes a favor de la legalización o de...hummm...bueno de eso...de la decisión personal de consumo o no, independientemente de lo que te diga el gobierno...o tal. Y otra cosa es la parte terapéutica, o propiedades médicas o tal. Y las dos pueden ser verdad, pero no hace falta argumentar lo uno con temas de lo otro que no tiene nada que ver. Y muchas veces...metiendo mentiras...pero que no...o sea muchas veces los que lo defienden noo...no son conscientes de que son mentiras.

1: ¿Pesa mucho el imaginario colectivo, en este sentido, sobre las drogas? Es decir, lo que se suele pensar que es y realmente no hay una profundidad... [Silencio sostenido para dar pie a que hable la persona entrevistada].

E12: Bastante, bastante. Pero por eso. Porque siempre la información que ha habido es de lo que has oído, o de lo que has visto. Entonces...emm... por ejemplo esto, em, la poca percepción de riesgo del alcohol...o de directamente no considerarlo una droga...o el tabaco...pero con el alcohol pasa...ha pasado mucho ¿no? Esta...esta tremendamente bien aceptado, socialmente, entonces eso...es...hay muy muy poca...eh...percepción de riesgo. Y luego, en cambio, todo esto de “la Droga” ¿no? Como un mundo que...a veces esto nos resulta curioso ¿no? Lo de la droga como una única cosa y como un ente casi con vida propia ¿No? Que... que puede sobre ti ¿no? Que son todas las sustancias lo mismo y... Incluso entre consumidores todavía, o sea entre no consumidores más, pero todavía entre consumidores, todavía resuena un poco el discurso este que hemos oído siempre, a través de, pues de padres, de gobierno, de...de todo ¿no? Esto de: “la Droga”. Entonces por eso, todavía falta. Falta muchísima información. Por suerte cada vez hay más gente que la busca y que la tiene. Pero sigue habiendo... Otro ejemplo... a ver si tenemos esto [mientras busca unos documentos informativos]... una de las campañas así de las más gordas que hemos tenido, la de “Hazte tu rulo”, pues... algo tan simple como eso, ¿no? Pues decimos, bueno si has decidido que vas a esnifar algo, bueno pues al menos que cada uno con su papelito o lo que sea. Igual que no compartes un cepillo de dientes, pues

tampoco estar pasando cosas... Te puedes pasar un catarro o un herpes o vete tú a saber. Pues algo tan simple como eso y que llevamos ya años de campaña, y que hay gente que ya se lo sabe de sobra, y es verdad que es una campaña que ha calado mucho... pero todavía la gran mayoría de la gente, si preguntas, no sólo no tiene ni idea de esto, sino que además van al billete. El mito este del billete, porque sale en las películas, o no sé muy bien por qué, pero un billete es como lo más...guarro que se puede usar, que ha pasado por millones de manos, por el suelo, por alcantarillas y que verdaderamente tiene muchísimos más riesgos que cualquier otra cosa. Pues esto, por ejemplo, algo tan simple como eso, sigue.

1: Me gustaría preguntarte sobre qué valor le dais a la educación en materia de drogas y sustancias. Es decir...

E12: ¿Valor? En qué sentido.

1: Mmm... Desde vuestro enfoque, qué peso tiene la educación, o el acercamiento de la información, ¿no? Desde el punto de vista crítico, o no paternalista, o no unidireccional... qué sentido tiene para vosotros lo que es la educación, es decir, el conocer y profundizar en lo que es la droga, las sustancias...esa cosa que es como...entre comillas “el bicho”.

E12: Sí, el ente.

1: Pues cómo desde vuestro enfoque, desde vuestra opción, qué papel juega la educación.

E12: Es lo principal. De hecho, bueno viste que tenemos, otra área grande es la educativa, con talleres en institutos, en centros de jóvenes. También con padres, con profesionales, con lo que sea...pero bueno lo principal es con los chavales. Y ahí eso, la estrategia que tenemos nosotros, o nuestro enfoque, va dirigido a eso: a cuestionar. A eso, al pensamiento crítico: intentar analizar todo, no dar por sentado nada, o creerte todo lo que oyes o... Pues eso, si te dice un amigo: “toma, fuma esto”, “pruébalo que es bueno”... Pues no tener que... no creerte a pies juntillas porque te lo ha dicho tu amigo, sino buscar tú tu información o tus fuentes de información, o lo que sea, y en función de eso ya decides. Entonces, normalmente, los talleres que hacemos no son una charla de... “el alcohol funciona así...o los porros funcionan así...y esto es malo y esto es bueno...porque si te...”. Normalmente lo que se trabaja con los chavales es alcohol, tabaco y cannabis sobre todo. Según qué zonas pues a lo mejor se cuida más...

1: ¿A partir de qué edad? Por ejemplo...

E12: Pues depende de qué soliciten, pero en general a partir de los quince, creo. Pero no me hagas mucho caso con esto. Esto lo tengo que preguntar. Pero bueno, un rango que varía. Se adapta también el discurso según donde vayamos. Y también se intenta recoger información del grupo antes de empezar. Pues eso, algunas veces o en algunas zonas que tienen contacto mucho más directo o acceso a drogas...pues...que ya aparecen consumos de cocaína y tal. Bueno, pues se puede introducir el tema y hablar. Pero sobre todo es eso mucho diálogo, no llegar y soltar el rollo de tal. Es diálogo y preguntar. Y rol playing y: “¿qué harías tú en esta situación?”. Y fomentar habilidades sociales y herramientas para manejarse en una edad un poco difícil con...

1: Lo asociarías a como se suele decir a los programas de intervención oficiales a lo que son los factores de protección... O es más situacional...porque estuve viendo el video, ¿no?, y sí que, pues eso, ves la dinámica de...con el tema de la sustancia, de uno u otra que habla...lo quiere, no lo quiere, lo pasas...tú te olvidas... que es una cuestión de una decisión personal y demás...y bueno sobre todo saber qué tipo de actitud tienen los jóvenes cuando pues les vas con ese tipo de talleres que suelen salirse un poco, no sé si de lo establecido, no sé si se suelen salir o no; pero sí que es un estilo un poquito diferente ¿no?

E12: Pues tienen muy buena acogida. De hecho de la mayoría de sitios, o de institutos, o de centros a los que vamos al año siguiente repiten... O algunos organizan varias sesiones en el mismo año y tal. O sea que la acogida es muy buena. Lo que suele costar entrar más al principio según un poco la mentalidad de quien dirija el centro o tal. Pero, en general, tanto con docentes como con los propios chavales funciona bastante bien. Las evaluaciones son bastante buenas.

1: Bueno pues también te quería preguntar también si tenéis algún tipo de subvención o estatal, o algo así, para mantener el propio funcionamiento de la organización.

E12: Hay una subvención estatal y luego hay otras subvenciones autonómicas, pero hay en... en Andalucía, no sé si ya incluso el último año no nos la han dado...es que no te lo sé decir exactamente. Antes les daban algo y sé que les han ido recortando y no sé si este último siquiera no les han dado nada...pero bueno, han recortado mucho... En Barcelona, sí que tienen una subvención de la Generalitat y otra pequeñita del Ayuntamiento de Barcelona y entonces ahí tienen un poco más. Pero vamos, el resto...en Baleares nada y en Madrid la comunidad no...no da pie. Lo hemos intentado y bueno, no hay manera. Entonces, bueno, con esta pequeña subvención estatal por lo menos para materiales y proyectos y tal y pues algún técnico para llevar el carro... Pero en realidad el grueso de la organización, bueno, el grueso o todo, son los voluntarios. Que, por suerte, también en ese sentido hay muy buena respuesta por parte del voluntariado: de aprendizaje, de experiencias, de tal... Y la gente que se queda se engancha de verdad, y se motiva...no sé. Decía una compañera en una reunión de voluntariado de toda la ONG, porque no sé si te has informado de la ONG, sabes que es mucho más grande ¿no? Pues eso, una reunión general de voluntariado de decían esto, que los voluntarios no somos voluntarios, somos activistas. Es un poco el sentido de eso que los que estamos aquí verdaderamente creemos en lo que hacemos. También porque es muy fácil creer en ello. Lo hayas visto antes o no en las intervenciones y tal es verdaderamente, verdaderamente es una buena recompensa ¿No? Es un esfuerzo grande. Es un trabajo un poco cansado pero compensa porque ves la aplicación o el efecto directo de lo que estás haciendo . Y como la acogida de la gente y la respuesta es muy buena y ves la diferencia que hace de una información, o una no información, o un análisis, sabes lo que tienes o no. Se ve. Se ve muy clara la diferencia. Entonces, los que estamos, verdaderamente, nos lo creemos mucho.

1: De lo que me dices, pues preguntarte yo un par de cosas, si realmente crees que con más recursos se puede hacer más. Es decir, si realmente, pues eso, si se apoyan este tipo de, de campañas o de actividades o de organizaciones, si se puede realmente generar un, un enfoque, pues eso, enriquecedor, ¿No? Y si realmente relacionado con eso, es una cuestión también, política ¿No? En el doble sentido: si es una cuestión de derechos y también si es una cuestión de decisiones, que al final son las que marcan el pulso o el ritmo de las intervenciones, de las campañas o de las situaciones.

E12: Sí. Total. De hecho el motivo por el que en Madrid no hemos tenido subvenciones nunca y apoyos institucionales, eso es, bueno, el lado político que tiene Madrid siempre, ¿no? Mucho más cerrado. Y sí, con más recursos seguro. Porque eso, nos vemos muchas veces atados de manos: podríamos ir a más eventos, llegar a más sitios, nos llaman de sitios y no tenemos ni siquiera dinero para cubrir los gastos, los costes, ¿no? Por ejemplo, lo que hacemos fuera de las delegaciones para poder llevar, como solo hay cuatro delegaciones, de momento, pues para poder ofrecer este servicio fuera, pues, si alguien quiere que vayamos... o pasa que algunos festivales grandes, que les interesa y que apuestan por la prevención, pues les decimos que nos cubran los gastos, simplemente. El desplazamiento y/o el alojamiento. O dietas. Pero bueno, las dietas las intentamos cubrir nosotros si nos llega. Nos cubren eso. Pero por lo menos la gasolina. Y un poco para ofrecer esto. Si tuviésemos más, más financiación, pues llegaríamos a muchos más sitios, podríamos... Y luego también, siempre, eso como digo que la gente está, como muy involucrada y muy motivada... y lo bueno que tenemos es que viene gente de todos los ámbitos, tenemos de todo, hay trabajadores sociales, psicólogos, médicos, informáticos, diseñadores gráficos...

1: ¿De qué edades? ¿También es variado?

E12: Sí, mmmm... Entre los veinte y poco, pero no muy poco, veintidós, veintitrés, más o menos hasta los cuarenta más o menos. La media ronda los treinta. Y sí, es verdad que los que más se enganchan son a partir de “veinte y muchos”. Los que entran con “veinte y pocos”, a lo mejor se quedan un periodo más corto o tal. Pero la media de los que estamos así de más tiempo, ronda los “treinta y poco”, “veinte y mucho”, “treinta y bastante”, pero ronda por ahí, más o menos. Vamos sí, en general, desde los veintiuno, veintidós, más o menos, yo creo. Y cualquier propuesta es bienvenida. Y como todo el mundo lo siente un poquito suyo pues es como un ambiente propicio a proponer cosas y a intentar cosas. El problema es que muchas veces esos proyectos se quedan como ahí apuntados en una libreta, dos años, esperando. Porque no hay cómo ponerla en marcha, no hay personal, o no hay dinero, o no hay tiempo, o bueno ya has visto, siempre a contrarreloj. Los pocos que estamos, sobre todo para la carga administrativa y de gestión, pues al final corriendo, hasta que no acabas una cosa, no puedes empezar con la siguiente. Entonces, bueno, lo bueno es que esas ideas, muchas van saliendo. O sea, he dicho lo del cuaderno porque, en concreto, tengo un cuaderno con ideas, con cosas y tal, y de vez en cuando es bonito mirar hacia atrás, echas hojas hacia atrás y de repente dices: “¡Mira! Esta idea que está apuntada de hace dos años y ahora nos estamos poniendo con ello”, ¿no?

1: Hacéis evolución y...evaluación de la evolución, de esos proyectos de esta trayectoria, o de este proceso que estáis...

E12: Sí, matizo. Eh, ahora mucho más oficial. Antes era un poquito más informal. Pues... tenemos, dependiendo de cada delegación se organiza diferente. Aquí tenemos ciertas reuniones al año, todos, generales. En Barcelona, por ejemplo, cada dos semanas tienen una asamblea, y va quien puede, o no. Entonces, antes era más informal: nos juntábamos, hablábamos, y evaluábamos y proponemos y tal. Ya los últimos años se está como estandarizando un poco más. También ahora andamos con líos de criterios de calidad, de una auditoria y demás. Bueno, un poco por cumplir todas estas cosas, que siempre da como calidad al proyecto ¿No? Y también, por ejemplo, bueno, no sé si viene mucho al caso, pero es un poco como han funcionado estas cosas, hay otras organizaciones parecidas a estas, en otros países. Y es curioso ¿No? Hablar con esa gente porque prácticamente todas han empezado un poco de manera parecida. Y eso nunca, nunca se había puesto nadie a estandarizar como tal ¿No? A aplicar pues, criterios de calidad, unos protocolos... Organizaron un proyecto, hace cuatro años, creo que fue, ha durado cuatro años. Y se ha acabado este año creo. A nivel europeo. NEWIP se llama por si quieres ehh...

1: ¿Cómo es?

E12: Es NEWIP : Night, Live, Entertainment, Wellfare, no sé qué bueno, te puedo pasar la web.

1: Vale. Pues sí, pues si...

E12: Es un proyecto enorme la verdad, también con un montón de áreas ¿No? Pues está importante de intervenciones, en espacios de ocio, de análisis, de seguridad en los espacios de ocio...pues todos estos temas, que nosotros también tratamos, pero eso, a lo grande. También se ha programado con, pues con salas, con promotores del ocio nocturno directamente, y un poco la idea era esto, el estandarizar ¿no? Porque al final todas estas intervenciones o asociaciones, volcadas a la reducción de riesgo, veíamos que habíamos tenido una trayectoria parecida y tal pero no había como, como una base escrita. O algo sobre lo que fundamentar o tener una referencia para futuros, futuras actuaciones, o futuras asociaciones. O, por ejemplo, a lo largo de este proyecto pues se han ido...asociaciones, o nuevas asociaciones creadas en otros países... Y, entonces, pues eso, la idea era crear una base o estandarizar un poco una base escrita para que sirva de referencia para el futuro, o para ir creciendo a partir de ahí.

1: ¿Siempre a nivel europeo?

E12: Este proyecto sí, pero también tenemos colaboraciones con Sudamérica. También, pues, el año pasado hicieron dos viajes, me parece, con una asociación de Méjico. Me parece. y la otra, ¡jo!, es que no se te decir ahora.

1: ¿Pero en términos de prevención? O sobre...

E12: Sí, sí. Colaboraciones. Con asociaciones que no sé cuánto de nuevas, pero que quieren empezar un poco con nuestra filosofía. Entonces hay intercambio de materiales, de experiencias, de tal...Y esto de lo de los viajes, fue por ejemplo para explicarles y formarles un poco con el tema del análisis en concreto.

1: Vale. Pues a ver, a mí me gustaría también preguntarte sobre el enfoque actual de la drogodependencia desde el punto de vista de lo biopsicosocial, lo normativo... Es decir de cómo el cinturón que rodea a esa cosa que es la droga, ¿no? Es decir, cómo realmente en España, el marco actual, qué límites o qué, sobre que subrayan, qué tipo de intervenciones o acciones subrayan, y cómo eso va marcando un determinado contorno a la posibilidad de intervención o a la realidad de lo que es.

E12: ¿Cómo?

1: ¿Crees que existen grandes tabúes o cosas que no se pueden preguntar, o cosas que no se pueden decir, en el terreno de la drogodependencia? Sobre todo en términos de cómo está el debate... O cómo debería ser...

E12: La diferencia es eso: cosas que se pueden decir oficialmente y no oficialmente. Cada vez hay más gente, individuos, o sea asociaciones pequeñas ya había, pero individuos más o menos relevantes que a nivel individual sí que están abiertos al debate o lo promueven, o tal... Pero a nivel institucional, no. Un ejemplo interesante: ahora mismo, pues un tema de debate importante, el tema de todas las sustancias emergentes, todas estas nuevas drogas de síntesis que, pues eso, que en cuanto te das la vuelta han aparecido otras siete más, ¿no? Y...

1: Subidones ilegales, ¿no?, como los "legal highs" que...

E12: Esto, esto. Precisamente, en esta línea pero, claro, son un montón de sustancias nuevas que se desconocen sus efectos, que no han pasado ni estudios ni controles y además las ha probado muy poca gente. No es como un MDMA o el cannabis, que lo ha consumido un montón de gente, hay estudios y se conocen efectos y se puede asesorar hacia un consumo de más riesgo o de menos. Con estas sustancias no. Las que los consumen son un poco conejillos de indias. E igual: asesoramos y quien las quiera consumir, estupendo, pero claro sabiendo cómo. Pero, claro, esto plantea como un reto a las administraciones y a las leyes. Porque se ha visto... Por ejemplo, en Inglaterra se extendió muy rápido la mefedrona como una alternativa legal al MDMA. Claro, se vio que tiene más riesgos y como se había extendido y se había asociado a X muertos, ¿cuál fue la solución del gobierno? Pues ilegalizarla. ¿Qué pasa? Que a la semana había otras cinco aún más nuevas, aún más desconocidas, y que trataban de imitar los efectos de la anterior. Y, además, tampoco disminuyó el consumo de mefedrona. O sea que... Entonces ante el crecimiento continuo de algunas sustancias....

[Entra una compañera a saludar a nuestra entrevistada]

E12: ..Sí. Esto, entonces, eh, pues ha sido hace poco, no sé si en una convención o algo así, para tratar todo este tema de las nuevas sustancias emergentes y en asociaciones como la nuestra había cierta expectación a ver que se hablaba ahí. Efectivamente todas las propuestas iban dirigidas a la prohibición y a la fiscalización. Cuando en realidad debería ir un poco enfocado... podría ser una oportunidad de enfocarlo hacia otra dirección, hacia lo que decimos: establecer un contacto, establecer un control, informar... Otro ejemplo, Portugal: cuando descriminalizaron el consumo de

drogas, de todas, y se creían que esto iba a producir un aumento del consumo. Y no, no sé qué franja de edad, no sé si entre los veinte y algo, había una franja de edad en la que sí que había aumentado un pelín, los primeros meses, pero luego no. Y, desde luego, redujo los números de encarcelamientos. Y con el ahorro que eso supone, todo ese ahorro se puede aplicar a políticas de salud y de educación. Y también habían descendido un montón las muertes asociadas a drogas. Esto, principalmente, por, pues eso, a lo mejor drogodependientes o gente con problemas que ya se atrevía, o podría tener acceso a programas sin esta carga encima... O sea, entonces... me faltan un montón de cosas ¡Seguro! De todo lo que has dicho antes me faltan un montón.

1: No, bueno, sobre todo es eso ¿No? Preguntarte un par un par de preguntas más y si quieres terminamos. Sobre todo es, bueno, pues, entendiendo que la droga o la drogodependencia, es como una suma, un crisol, de problemas, es decir, o de problemáticas, ¿no?, pues, ¿Cómo se relacionan lo urgente y lo importante? Porque realmente a la hora de abordar este tipo de problemas, ¿Qué tipo de medidas se están realizando, cómo es? Realmente quién prioriza o qué es lo que hay que hacer; sobre todo partiendo del punto de vista de: “tenemos X recursos y si lo destinamos a una cosa o podemos destinarlo a otra”.

E12: Jolín, es que esto es difícil, vale, jejeje. Intento decir con cosas concretas, por ejemplo...

1: Siempre desde tu aprendizaje, o sea....desde tu practica y tu realidad.

E12: Sí, sí. En políticas, en general, se va hacia una prevención universal. Y enfocada, un poco, a la abstinencia. Y se destinan unos presupuestos altísimos, bueno, es que no voy a dar cifras concretas ni datos concretos pero, eso, eh... Decían del presupuesto de este año ¿no? Frente a nuestra subvención, que ya te digo, es cortita, pues habían destinado, no sé si eran cuatro millones de euros, a programas de ocio alternativo para jóvenes, para organizar partidos de fútbol y tal. Que, bueno, eso está muy bien ¿no? El ofrecer un ocio alternativo, pero si no das una educación sobre drogas pues al final los chavales terminan el partido y salen igual a consumir o no. Pero que no es, digamos, igual de efectivo, que una prevención como más específica. Pues una complementaria a la universal ¿no? No hace falta eliminarla tampoco pero en colectivos de más riesgo, pues algo como un poquito más dirigido y... lo que hacemos nosotros en gente o cerca del consumo o de ambientes de consumo, o ya iniciados en un consumo, pues enfocado a eso. Y lo que hablábamos antes, de educar y cambiar un poco la perspectiva.

1: Mi pregunta siguiente era qué elementos consideráis fundamentales para generar un abordaje innovador, entre comillas siempre eso de innovador, superador, que consiga desbordar estos límites de la intervención actual; y entendiendo como superador que ofrezca más posturas o una postura diferente más allá del sí o el no, ¿no? Esta cuestión es antagónica que, casi siempre, sobre todo, que siempre, que es o todo o nada. ¿Qué elementos o qué pilares consideras así fundamentales o básicos, desde vuestro propio aprendizaje o recorrido? Como esto es lo que nos está funcionando y vemos que es lo que nos funciona a la hora de aplicar una intervención...vuestra visión sobre lo que es el fenómeno.

E12: Pues yo creo que un poco todo lo que hemos estado hablando. E12B échame una mano anda...

[Durante los últimos minutos de la entrevista interviene una compañera de nuestra entrevistada que había entrado en la sala justo momentos antes. La identificamos como E12B]

E12B: Se me ocurría el tratar a la gente, o en este caso, a los usuarios, como responsables. Porque, al final, somos personas responsables y creo que las políticas de “di No” son muy sobreprotectoras, ¿no? En ese sentido. O sea que están como protegiendo...

E12: Capacitar.

E12B: ¡Claro! Capacitar.

E12: Capacitar a las personas frente a imponer o adoctrinar.

E12B: ¡Claro! Y darles herramientas. Y que las utilicen desde su responsabilidad como individuos responsables, que se supone que somos todos de nuestra vida. Me parece que por ahí...

E12: Y luego parte también del tema de... mmm... la información objetiva. Como te decía es un poco, eh, ejemplo: si tú vas con el discurso de “la droga mata y si te fumas un porro y te tomas una pastilla, te puedes morir”. Tú le dices eso a alguien que se ha fumado un porro o se ha tomado una pastilla y se lo ha pasado fenomenal...

E12B: ...Y se le olvida a los diez minutos.

E12: Y, claro, ¿qué caso te va a hacer? No te cree. Dice: “Si yo me he fumado un porro, me lo he pasado fenomenal y no me he muerto”. Entonces, eso, ya dejas de tener credibilidad. Por ejemplo, ha pasado ahora con, pues eso, siempre la “la droga mata”, “las pastillas son malas”, “el MDMA mata”, y cuando aparece algo que verdaderamente es muy tóxico... porque una de las alertas que hemos sacado hace poco, unas pastillas que aparecían con una sustancia, que verdaderamente la dosis efectiva y la tóxica estaban muy cerca, ¡pues claro!, ahí lanzas una alerta de ese tipo, dices: “esta sustancia mata”; y ya ¿qué efectividad tiene cuando llevas no se cuánto tiempo oyendo que, que toda la droga mata?... Entonces es, un poco, información no objetiva. La gente no es tonta. No se droga para sufrir, de este consumo recreativo que decimos. Entonces pues, es no engañar. Es dar todos los datos, todas las herramientas, y decir: “mira, esto funciona así, tiene esto de bueno pero tiene esto de malo”, “también tiene esto de malo si lo haces así, y esto de mucho peor si lo haces de esta otra forma”, “estas cosas interaccionan, esto no”, “mírate tú como estás que esto aunque parezca que no afecta de esta forma”... Todos los datos. Y, luego, con todos esos datos, decides.

E12B: Haces lo que tú quieras hacer.

E12: Y así es como hemos comprobado que, efectivamente, llegamos más a la gente. A la gente sí que le llega ese mensaje, ¿no?, pues eso: “yo decido, ¿sabes?”

E12B: Pues es desde el respeto que es un poco de lo que hablabas [a E12]. Es el respeto y la objetividad. Al final no se trata de que yo tenga una opinión de eso, sino decírtelo todo, tal y como es y que tú decidas.

E12: Esto, por ejemplo, nos lo preguntan muchas veces: “¿Y tú qué harías?”, o “¿Tú consumes?” o “tú no sé qué. [Citándose a sí misma] “¿A ti te cambia algo que opino yo?”

E12B: ¿O lo que yo haga?

E12: “¿O lo que yo haga?” Es un poco la respuesta que damos y verdaderamente sí que, sí que hace reflexionar. Por eso decía que la gente sí que, sí que es receptiva, entonces... Tampoco están acostumbrados a ese discurso. Están acostumbrados a que les digan: “haz esto” “esto sí, esto no”, “esto es bueno, esto es malo”. Y, entonces, eso, cuando les das...

E12B:- A mucha gente le descoloca.

E12: Les das esa capacidad esa: “No. Decide tú”. La primera reacción es... [Gesto que expresa sorpresa] Y nos pasa con todo: nos pasa en las intervenciones, pasa en los talleres, con los chavales y pasa... Y, verdaderamente, sí que creo que funciona.

1: Bueno, para finalizar, ¿creéis realmente que la concepción o la idea que se tiene de droga como... está superada o no? Si, realmente, se asocia a unos valores negativos, por ejemplo, o si realmente

pues hay que buscar un nuevo concepto, como habéis estado diciendo, es como una tecnología, una herramienta, que no solamente depende de eso sino que... pues eso, ¿podemos hablar de superar un problema, si realmente no superamos la definición de lo que es, la propia droga? ¿O no?

E12: Sigue vigente la definición, yo creo.

E12B: Es muy tabú, es un tema muy tabú.

E12: Todavía.

E12B: Y, en general, no se tiene un concepto de... Se generaliza. O sea, es la droga con todo lo que eso conlleva, ¿no? Y no es la droga en sí, sino el uso que se hace de ella. Me parece muy importante remarcar eso: lo que son las sustancias en sí, están ahí y no hacen nada. Si tú no haces un uso irresponsable de ellas...

E12: La idea esta que decíamos de “la DROGA mata”, “la droga te atrapa”, “caes en el mundo de la droga”. Es como, quita totalmente la responsabilidad de uno. Y eso es lo que sigue vigente en la gran mayoría de los casos. Es un poco darle la vuelta, ¿no?

1: Sobre todo preguntarnos si, realmente, a lo que se asocia con la droga es ese conjunto de experiencias o de carrera desviada que, realmente, lo que hace es asociar o simplificar lo que es esa complejidad que está detrás y que muchas veces está desconocido. Como por ejemplo muchas veces puede haber consumos esporádicos o perfiles de personas que no esperas que lo consuman, ¿no?... ¿Es una máscara?, ¿es un cascarón? o ¿qué es realmente la droga?, y ¿qué se deja?: la riqueza que hay detrás, qué puntos de vista, qué hay detrás... desde un punto de vista sociológico de análisis, de formas de consumo, de nuevas sustancias... Pues eso: que qué es la droga hoy es mi pregunta...

E12B: Pero... ¿Para nosotros? ¿Para la sociedad? ¿Para mí misma? ¿En general? O...

1: No, quizás en términos generales. He preguntado, por ejemplo, por el marco normativo, o si hay grandes tabúes... porque realmente qué es, el imaginario colectivo, qué es lo que entendemos por droga y qué es en realidad ¿No? Es decir que, pues... si es una polisemia o algo multidimensional o complejo ¿no? Sino que es pues eso ¿no? algo que deja en evidencia la forma de la educación que tenemos de “haz esto”, o “haz lo otro”... pues, realmente, cuando se genera un debate sobre la droga, por qué se debate sobre unos temas y sobre otros temas por ejemplo, no se debate. Sería esa la pregunta.

E12: Yo creo que es un poco porque está empezando el debate. No sé cuánto vamos a llegar a ver nosotros pero está empezando. Cosa que antes, lo que decía, hace quince años, era implantable siquiera: a nivel legal, sanitario, de todo. De hecho, por ejemplo, esto de la reducción de riesgos, o el modelo este entre iguales, cuando empezamos no se conocía mucho, incluso desde la parte de la salud, tampoco se apoyaba especialmente. Ahora mismo ya sí. Todos los profesionales de lo social, de la salud... se ha visto que funciona y lo defienden. Ahora es la parte, pues, política la que no, no, no entra. Pero eso, por lo menos ya hay voces que lo enfocan hacia un lado, pues eso, más sanitario, más social, más... Entonces, yo creo que lo que falla es eso... bueno, “falla”... [Corrigiéndose a sí misma] Que está empezando, que le queda todavía mucho recorrido. Y esperemos que siga. Y oportunidades. Como esto que decíamos de los “legal highs”: para darle una vuelta a las cosas. Mírate si quieres, es interesante, el modelo que han establecido desde 2013 en Nueva Zelanda con todas estas sustancias legales. Es eso: es hacia la, la educación, el control, trabajan directamente con los productores para controlar las sustancias, hacen estudios y las que no tengan riesgos graves pues venderlas bajo ciertas condiciones en sitios establecidos y con ciertas licencias... También de los consumidores y las que se detecten más tóxicas retirarlas ¿no? Pero algo como un poquito más interactivo y más cerca de la realidad.

1: Consciente quizás, ¿no?

E12: Sí. Consciente de la realidad. Si no, el otro tipo de políticas lo único que hacen es ignorar una realidad. Entonces ahora, por ejemplo, por eso la decepción del marco europeo que se esperaba que abriese un poquito más ese debate. Y más viendo que hay otros ejemplos en otros sitios que están empezando. Y, bueno, parece que no pero quién te dice que a lo mejor dentro de tres años no se vuelven a reunir y cambian, o dentro de quince, o...

E12B: Bueno estos cambios cuestan mucho, ¿no? Y un poco lo que dices que esperemos que se vaya viendo, ¿no? Pero que requiere tiempo. Eso seguro. Que no ha hecho más que empezar. Y poco a poco.

E12: Además que son cambios muy gordos. No solo es el [debate] que se está empezando, el debate legal, va a temas tan profundos como la forma de educación, no sobre drogas solo.

1: Vale, bueno pues, por mi parte yo ya me voy más que satisfecho, y bueno, dejar este momento por si queréis aportar cualquier tipo de cuestión, o algo que se haya podido quedar en el tintero, que queráis meter o que queráis subrayar, pues este es vuestro momento.

E12B: Todo.

E12: Todo.

[Ríen al unísono]

1: Bueno, pues muchas gracias.

E12: A ti.

DIRECTOR ENSAYO PEPSA:

1: Antes de nada agradecer tu tiempo y tu disponibilidad para responder a mis preguntas porque si no fuera así estos trabajos de investigación no serían posibles. Y, bueno, sin más dilación, me gustaría que para romper el hielo me dijeras quién eres, cuál es tu actividad. Por otro lado, asegurar la confidencialidad y el respeto a la información. Y, bueno, darte esta posibilidad para hablar.

E13: Bueno, me llamo Joan Carles March. He sido, o fui, hace catorce o quince años la persona que impulsó para que se pudiera llevar hacia adelante el proyecto PEPSA. La Junta de Andalucía había oído hablar del proyecto PEPS de Ginebra, estuvo allí el consejero Isaías Pérez Saldaña y las personas que trabajaban con él en el equipo y querían, pensaban, que era una opción posible. Hubo una petición de una asociación de pacientes, la Asociación Enlace, y me pidieron por la posibilidad que desde la Escuela ayudaran en ese proceso. En ese momento era director investigador de la casa. Me pareció una opción muy interesante. Nos pusimos a ello. Yo tuve un papel, en una primera parte, de estar pendiente de que eso lo lleváramos a cabo con un grupo de investigadores en el cual estuve desde el inicio. Al principio no estaba planeado que yo fuera el investigador principal, aunque sí de coordinador de proyecto a nivel global, pero no como investigador principal. Yo no había hecho nunca un ensayo clínico y pensaba que no era la persona más adecuada. Pero al final, por diversas circunstancias, el consejero pensó que era la persona, después de unos cambios en el equipo, y al final me tiré a la piscina. Y además de haber dirigido el proyecto, de haber defendido que era un proceso necesario en un momento determinado, de haber debatido en diversas circunstancias, pues al final fui el investigador principal del ensayo clínico PEPSA y, por tanto, durante estos diez años que ha durado la experiencia, o lo que dura porque sigue durando, pues he sido el responsable de tener los datos. Hasta que termine este año que es cuando termina el plazo. Eso, de alguna forma, me ha

ayudado a entender, porque yo no soy un experto en drogas. Yo soy una persona de salud pública. Pero sí que eso me ha permitido entender mejor qué son las drogas, acercarme a ellas, de qué manera conocer a heroinómanos. E intentar investigar en el mundo de las drogas. No sólo este proyecto, sino proyectos con metadona, personas con metadona, con buprenorfina, personas que han tomado benzodiacepinas, personas del mundo de la exclusión social. De alguna forma, eso es lo que me ha ayudado a acercarme a este mundo.

1: Vale. Desde un punto de vista de la evaluación del proyecto, de la experiencia, me gustaría saber qué tipo de alianzas porque, por ejemplo, he visto que lo echó para atrás la Agencia del Medicamento y tuvisteis que reformar el proyecto, y que me dijeras tu visión como profesional y como investigador profesional de cuáles son las condiciones para darse un experimento de este calado para que pueda seguir adelante.

E13: El proceso fue muy largo y muy duro, eh. Fueron alrededor de seis años de presiones y contrapresiones. Hubo un elemento que yo creo que dificultó que el ensayo hubiera sido más rápido y fue el contexto político. Al final se convirtió en un debate Junta de Andalucía- Gobierno Central y eso, ¡claro!, en el fondo, cada uno generaba posturas estigmatizadas del uno sobre el otro. Yo he oído comentarios de responsables del Plan Nacional minusvalorando la profesionalidad de las personas que estábamos en el proyecto y, sin duda, sin ningún criterio. Más que nada por joder al compañero [risas], al “contrincante” entre comillas. Eso era un contexto muy complicado. Un contexto que desde, por tanto... Estoy diciendo posturas en las dos partes, eh. No estoy diciendo posturas en una parte. No. Posturas en las dos partes. Aunque yo creo que la Junta de Andalucía basaba su estrategia en una cosa que yo defiende y que he defendido en todo momento y que es que me dejen investigar. Es decir, no hay ningún criterio por el cual no se pueda investigar. Para mí, mi defensa fue “por qué no me dejan investigar”. Porque son personas excluidas, son personas a las que nadie hace caso, personas a las que yo pensaba que había que intentar investigar con ellas, sobre ellas, para ellas, con esa idea de que eso es posible. Esa fue mi defensa. Yo creo que meternos en temas de legalización sí o no... ha sido un tema que siempre he querido obviar aunque era un tema que salía constantemente era algo a lo que yo no quería entrar; yo lo que quiero es investigar. Legalmente es posible hacerlo con un ensayo clínico tal como dijo un informe que hizo el Gabinete Jurídico del Instituto de Criminología de Málaga, de la Universidad de Málaga. Si esto se hace en Suiza por qué aquí no. Si hay una necesidad sentida, por qué no. Para mí esa era la defensa. Sin entrar en debates políticos. Yo no quería entrar en debates. Yo decía: “no me cuestiones la profesionalidad. No es eso. Déjame investigar”.

El proceso fue... tengo que decir que los técnicos de la Agencia Española del Medicamento fueron generosos. Yo creo que, al menos, se pudo debatir y discutir con ellos. Eso me parece un elemento esencial. El hecho de que se pudiera debatir el protocolo es un elemento positivo. Pero también es verdad que el marco de la negociación estaba marcado por el contexto político que lo enmarcaba. Seguramente malo para ellos y malo para nosotros. Al final se consiguió un proyecto encima de la mesa y un proyecto que no es, o no me pareció que fuera el mejor. Creo que no fue una buena elección la variable principal de resultados que se eligió al final. Se eligió por presiones de la Agencia.

1: ¿Cuál era la variable? Por saberlo.

E13: La variable principal del resultado es la fórmula por la cual decidíamos si era éxito o fracaso. Entonces, por ejemplo, la variable principal de resultados, utilizando los criterios de éxito o fracaso eran más difíciles de conseguir aquí en España las variables utilizadas en Holanda o Suiza. La clave es, o sea, quiero decir...creo que se llegó a un consenso. El Plan Nacional también aceptó la posibilidad de crear un grupo de expertos que decidieran si estas propuestas eran posibles o no. Al final se llevó adelante ese grupo y se aceptó tirar para adelante el proceso.

Por tanto, un elemento esencial creo que es dejar a la parte técnica trabaje y que lo político lleve otro nivel. Creo que es importante. Creo que hay un elemento esencial de alianza que yo entiendo como fundamental y creo que lo marcó mucho el Consejero de ese momento, Isaías Pérez, y fue la alianza con los Medios de Comunicación. Él hizo, si miramos el número de noticias que salieron antes de empezar el ensayo, fueron como alrededor de mil noticias. Cuando aún no era nada. Eso yo siempre he dicho que fue un elemento protector para el proyecto PEPSA. Básicamente, por qué, nosotros no fuimos ni prepotentes ni que teníamos la razón. Simplemente queríamos investigar... Yo tenía mucho miedo con “si se muere alguien, nos van a machacar”. O si no sale lo positivo, o si sale lo negativo... nos van a machacar. Pero, de alguna forma, yo siempre pensé que si había una actitud proactiva con los Medios de Comunicación... eso fue, en general, un elemento muy destacable. Pero con algunas acciones que se podrían discutir: se pensó mucho en los Medios de Madrid y se pensó menos en los Medios de aquí. Se pensó que los Medios de Madrid serían los que nos abrirían las puertas y no de los de aquí. Y los de aquí pues se picaron.

Por tanto, diría: técnico por una parte, político por otra. No mezclarlo. Trabajo conjunto con la Agencia Española, un elemento necesario. Que lo legal lo ampare, que no sea un problema. Y, probablemente, si hubiera.... Yo creo que el equipo que hicimos el ensayo sabíamos demasiado poco de ensayos clínicos. Creo que fue un error. Tuvimos profesores de farmacología clínica que tenían experiencia en monitorizar, tuvimos personas de Farmacia de la Universidad de Granada, teníamos personas que trabajaban en el PEPSA de Suiza, teníamos investigadores de la Salud Pública, pero nos faltaban, seguramente, expertos en ensayos clínicos. Aprendimos haciéndolo. Creo que lo hicimos razonablemente bien, es un proyecto del cual estoy orgulloso. Seguramente no vuelva a hacer un proyecto como ese en mi vida: un proyecto de investigación y de intervención con resultados positivos, con gente que ha salvado la vida, con mejoras sustanciales en su vida y que ojalá hubiera habido una línea de apoyo. Yo creo que, al final, un problema fue que el equipo de investigación estaba aquí, que el equipo de intervención estaba abajo, el equipo político estaba en Sevilla... y al final hubo demasiada disgregación, cada uno buscaba su mundo y, probablemente, debería haber habido una integración de las partes. Yo creo que eso le habría ido mejor al proyecto. Hablando en plata yo creo que, por ejemplo, a mi me llevaron a todos los debates, a todos los Medios, a las reuniones en Madrid con los Medios y tal.... Al final me hice un nombre en los Medios y los Medios tiraban de mí. Y eso, por ejemplo, generó celos en Sevilla. En el Gabinete de Prensa, en el Consejero...y no quería que hablara mucho porque pensaban que les quitaba protagonismo. Yo creo que eso fue un error y creo que aunque ayudaba pues generó distorsiones.

Creo que hicimos buen entente con el equipo pero el equipo, luego, por esas distorsiones con lo político hizo que se ampliara la distancia. Y eso creo que fue un problema a la larga y en los últimos años la distancia ha sido mayor. Cosa que me parece un error. En todo este tiempo he intentado hacer microproyectos, de evaluación de los años, hemos hecho planes para arreglarle los dientes a los pacientes, de hacer cosas con ejercicio físico... Todo por mantener mi relación con ellos. Porque me parece que era absurdo romper la dinámica que, de alguna forma, se rompió. No totalmente pero sí de alguna forma.

1: Vale. Veo que según vamos hablando vas dejando ciertos aprendizajes que habéis recogido durante esta experiencia, pero sí que me gustaría que me dieras tu visión, tu opinión, tu creencia, de la proyección de este proyecto en sí, en concreto, y de este tipo de experiencias dentro del ámbito nacional, e incluso europeo, en el que estamos. Es decir, dentro de lo que es la intervención en drogodependencias, ¿cómo ha contribuido este proyecto para sí mismo, a asentar una práctica que no existía en España, y si eso puede servir como trampolín o catapulta para otros procesos, otros experimentos, otros ensayos, otras formas de intervenir?

E13: Yo creo que este proyecto es un hito. Es decir, no sólo a nivel nacional, sino a nivel europeo. Yo creo que ha tenido su espacio. Quizás no lo suficientemente aprovechado. Yo creo que podía haberse trabajado mejor la integración laboral, la integración social, se podrían haber sacado más artículos de

investigación si hubiera habido más apoyo o una sensación de que esas líneas habían confluído mejor. Eso lo echo de menos, ¿no? Lo de los dientes fue un poco porque yo quería, no porque hubiera una política en ese sentido.

Creo que otro error que creo que no es achacable aquí en Andalucía, pero creo que es un error el hecho que no fuera un proyecto multicéntrico. Creo que se intentó en varias ocasiones: con Extremadura, con Cataluña, con País Vasco, con Baleares, con alguna ong de Madrid... se intentó pero no se consiguió. Y eso fue un problema. Creo que para que el proyecto tuviera la envergadura... al final el proyecto es de Granada, demasiado pequeño, cuando podía haber sido más importante y de más envergadura.

1: ¿En términos comparativos?

E13: En términos comparativo, incluso, con otros países. Alemania, Holanda, Suiza son tres proyectos con mucha gente y el nuestro es muy pequeño. De alguna forma esto nos ha afectado a nivel de resultados: "y es que con 60 no podéis decir nada". Y eso me parece un error. Porque, globalmente, hay más de 2000 pacientes en Europa. Y eso es lo que hay que ver. Y, probablemente, ya lo decíamos desde el inicio que esa es la visión que hay que tener y no que esta es una experiencia muy pequeña y que no es transportable. Es transportable y debería ser transportada a Cataluña, a Baleares, a Madrid, a Valencia... a zonas en las que el número de heroinómanos es alto. Donde la heroína, desde que comenzó este ensayo hace diez años, ha matado a gente. Y, por tanto, el no plantear me parece un error.

Creo que, al mismo tiempo, la Junta podía haber trabajado más eso que ya he dicho de apoyo laboral, social, investigaciones para hacerlo más sólido...podría haberse hecho mejor. Pero también creo que podría haber sido una punta de lanza para investigaciones en drogodependencias en Andalucía. Y siempre defendí desde el inicio que debería abrirse un proyecto de heroína oral. ¿Por qué? Porque si tu abres una línea de investigar como elemento y línea para desarrollar estas cosas pues deberíamos haber aprovechado más esa línea. Y no se aprovechó. Vivimos excesivamente de las rentas. Este proyecto de la gimnasia no es porque a mí me apetezca, por apetencia, es porque puede ser una línea interesante. El hecho de no haber hecho un oral, del que ya teníamos un protocolo hecho... Al final, el hecho de la disgregación de fuerzas no ayuda a plantear un buen proyecto. El hecho de que no se cerrara un proyecto multicéntrico también me pareció un error. Dicho en positivo: un proyecto multicéntrico, con gente diversa, con integración social y laboral, con un mejor planteamiento, podía haber conseguido que España hubiera tenido un peso mayor del que tiene en el tema de la investigación de la heroína. Y, además, creo que...yo siempre digo que la gran aportación que ha hecho este proyecto diría que va ligada de haber pasado... en este mundo se ha hablado de la reducción del daño... yo creo que el proyecto de la heroína está por encima de la reducción del daño. Es considerar al heroinómano como un paciente que debe iniciar un tratamiento. Y eso creo que va por encima de la reducción del daño. Es dar un salto. Que para mí, creo que gracias a mi cabezonería, y es que el hacer un proyecto en un hospital en concreto, donde se da un tratamiento, me parece que es un elemento que ayuda a ver que hay maneras de abordar el tema de los heroinómanos como pacientes como elemento esencial. Por ahí debería haber ido más la línea de desarrollo.

1: ¿Crees que, por ejemplo, un abordaje de una realidad problemática porque digamos que la drogodependencia o las drogas tienen muchos lados, es una realidad poliédrica, y tú crees que abordar una solución, dentro de lo que se entiende como enfoque biopsicosocial, o enfocarlo desde un punto de vista médico hace que toda la balanza o que todo el universo gire o se reconfigure en base a lo que nosotros damos mayor importancia? Quiero decir, ¿dónde está la relación causa-efecto entre drogodependencia y marginalidad y cuál es la relación entre los elementos bio, psico y social a la hora de gestionar el abordaje de esa problemática? ¿Cómo lo ves tú como profesional de la Salud Pública?

E13: Nosotros, yo como no era ni había hecho un ensayo clínico nunca y por tanto mi visión del medicamento-heroína en este caso y aunque yo he hablado mucho del medicamento-heroína para compensar eso de droga-heroína, pero, realmente, la intervención era muy biopsicosocial. Muy biopsicosocial. Teníamos un medicamento que se daba en un hospital, me parecía muy importante para evitar conflictos sociales pero que abordábamos desde el trabajo de los trabajadores sociales, captación, abogado, psiquiatras... Es decir que nosotros creímos desde el inicio que el abordaje era integral. Y he dicho antes que, Por lo tanto, creo que deberíamos haber invertido más en lo laboral. Hicimos algún taller pero creo que deberíamos haber trabajado más esa línea. En la integración en empresas concretas. Y creo que hubiera sido mucho mejor. Hicimos cosas de deporte, pero insuficientes. Creo que lo que estamos haciendo ahora deberíamos haberlo hecho hace años. Y haberlo hecho más fácil. Porque eso les habría ido bien en la reducción de dosis, en otros consumos...

Y creo que eso debería haber sido la línea. Que lo ha sido, pero no ha podido ser completada. En parte por esas disfunciones que te he dicho. Creo que hemos intentado integrarlos desde nuestra perspectiva y algunos han venido a dar clase al Máster de Salud Pública. Algunos han hablado en Medios de Comunicación. ¿Por qué? Porque, sobre todo, porque son personas que son como tú y como yo que en un momento de la vida se enganchan a las drogas y que han encontrado una solución que, al menos, ha podido acercarles a SU solución. Y ese es el elemento clave para mí: de SU vida. De su vida.

1: Me gustaría enganchar con eso que estás comentando sobre la identidad desde un punto de vista de la psicología social y ver qué relación tiene todavía el estereotipo a la hora de abordar a esas personas, a la hora de construir ese abordaje y, sobre todo, a la hora de seguir teniendo en cuenta la carrera desviada del sujeto: “soy una persona, tengo una experiencia, tengo un suceso con una sustancia que me provoca tal, paso por varios programas que algunos funcionan y otros no... ¿qué crees que va quedando de esa figura del yonki o el yonki como paciente... esa constante redefinición de lo que es la persona deteriorada.

E13: Yo creo que están muy marcados. Yo lo veo. Por eso decía que algunas cosas como lo de los dientes tienen ese componente y por eso hay que cambiarlo. Algunas declaraciones de policías diciendo: “ostras no te había conocido” a pacientes que habían pasado por el ensayo. Esto es una buena vía. Pero para eso yo creo que deberíamos haber avanzado mucho más. Cuando hablo de mayor integración laboral, de que los dientes debería haber estado desde el inicio... Por eso digo: “proyecto de base muy interesante, necesario. Pero luego ha sido poco proyecto y demasiado puzle. Con un muy buen equipo profesional, joven y con ganas, que eso es también algo esencial. Con una visión muy global del paciente. Con una idea de que tenían que mejorar global y no médicamente”. Pero, al final, creo que no todas las piezas han encajado perfectamente. Quiero decir que eso, que encajen todas las piezas, no pasa en ningún sitio, pero el objetivo era muy de “hay que cambiar la imagen”, “hay que ayudar a que la gente los vea como algo diferente”, “hay que romper la imagen del yonki que hay que dejar porque él mismo se ha tirado a esa piscina de la droga”... Y creo que se ha conseguido. No totalmente porque todas las piezas no han hecho sinergia clara. Han hecho pequeñas, troceadas... Quizás, probablemente, porque ha habido disfunciones políticas, técnicas, profesionales que no han encajado y eso ha hecho que hayamos hecho cosas a salto de mata cuando podríamos haberlo hecho más global si hubiera habido más... El inicio fue muy “vamos a por ello” porque en ese momento estábamos muy centrados en que saliera pero después de ese salir deberíamos haber trabajado en mejorar el entorno y eso habría sido beneficioso para ellos. Tener claro el seguimiento, tener claro cómo son las salidas, tener claro qué pasa cuando una persona abandona o que no quiere seguir por H o por B...

También hay una cosa muy importante y es que el equipo inicial era muy bueno y ha ido cambiando durante el tiempo. Enfermería no, pero el equipo médico ha cambiado muchísimo. Y mi papel ahora no es seguir el día a día pero el equipo inicial debería haberse intentado mantener.

1: ¿Cómo grupo motor?

E13: Como un grupo motor y como un grupo que siguiera llevando el proyecto. Pero, ¡claro!, para eso debería haber tenido una posición de buscar.... De tener una línea de futuro. No mantener solo este proyecto. Es decir, creo que ha habido un proyecto de mantenimiento. Creo que el proyecto de mantenimiento se podía haber llevado a otros espacios. Creo que no es necesario tener una infraestructura solo para llevar el proyecto. Y, al mismo tiempo, haber utilizado a esa parte del equipo para ser más innovadores. Es decir: si has llevado la innovación hacia adelante, busca cómo consolidarla, cómo mantener las cosas, buscar otras cosas... que yo creo que le habría dado sentido al proyecto. Creo que hubieran situado mejor a Granada y a Andalucía en el mundo de las drogas porque aunque está bien situada podría haberse situado mucho mejor si hubiera habido una visión de “ya hemos hecho la innovación. Hay que buscar y consolidar nuevas innovaciones” y no tanto ser un mantenimiento de una innovación de una innovación que hicimos hace quince años. Creo que demasiado revival y poca innovación.

1: ¿Crees que esos aprendizajes, o esos hitos, o esos puntos positivos que ha obtenido el ensayo, podrían hacer un guiño a lo que ya está establecido en la oferta en la atención a las drogodependencias para, a partir de ahí, ir consolidándose?

¿La propia realidad en la que se ha dado el proyecto ha sido un límite? Es decir, ¿si hubiera tenido una implementación del sistema formal de respuesta habría podido conseguir eso que tú decías?

E13: Yo creo que... has planteado una cosa que no he dicho antes y que me parece un elemento esencial y es que creo, cuando yo he dicho que qué pasa con las salidas de los pacientes y qué pasa con las entradas nuevas, creo que habría sido fundamental trabajar más con los centros de drogodependencias. Es decir, los centros de drogodependencias tendrían que haber tenido una relación más directa, haber pasado a alguno de los pacientes, haber hecho renovación, hacer estancias de una semana o quince días... Ahora lo veo y creo que debería haber generado una mejor relación, creo que se debería haber ampliado una vez terminado el ensayo a otras partes de Andalucía porque no tiene por qué ser un heroinómano de Granada para estar en el ensayo. Debería haber entrado Sevilla... tal... Un medicamento se envía desde Granada y no tiene por qué no enviarlo a Sevilla, Huelva, Cádiz... Creo que es otro de los elementos que hubiera formado parte de esa tal... Para eso haría falta una mayor integración con... Es como, el PEPSA debería haberse convertido como en el Hospital y la Atención Primaria, ¿no?: “yo, de tanto en tanto, hago una rotación en un Servicio. El que trabaja en drogas en Málaga o en Huelva, de tanto en tanto, viene a pasar tres días en el proyecto PEPSA porque quiere ver cómo funciona y eso le permite que haya una relación”. Y eso podría haber aumentado el número de pacientes que se llevan. Ahora hay veintitantos y podría estar llevando un universo mayor. Con un Servicio de Farmacia referente en España en el tema de metadona y heroína. Y proyectarse a más partes de España. Y eso haber hecho un proyecto mayor.

Por tanto: mayor relación con los Servicios. Me refiero a Centros de Drogas o los Centros de Salud que dan metadona, aquí, en Andalucía. Podría haber sido mucho mejor. Porque eso, por una parte, consolida el entramado base y consolida la relación: “yo he atendido a un paciente y por qué no me termina de funcionar”. Y eso hubiera sido muy, muy bueno. Eso hubiera consolidado todo el proceso y podría haber ayudado a buscar vías para ampliarlo a otras provincias y solidificarse. Yo creo que el gran problema es que le falta solidificación. En el tiempo, podría quitarse el proyecto ahora y probablemente como son veintitantos y son heroinómanos, aunque para mí son pacientes que toman un medicamento como otros muchos pacientes... Creo que deberían haberse integrado en la red normal y no tener un servicio especial. Y haber centrado a la gente que ha tenido la formación de haber trabajado con un grupo especial de pacientes y haber conseguido innovación. Buscar innovaciones, haber fortalecido la posibilidad de implantarlo en otras partes de España. Haber trabajado en ese sentido. Creo que eso hubiera ido mejor.

1: Vale. Tampoco quiero extenderme mucho más, pero me gustaría saber, desde un punto de vista subjetivo...

E13: Estoy haciendo mucha autocrítica.

1: Je, je, je.

E13: Creo que es un proyecto, como ya he dicho, inimaginable, fantástico, que se han hecho cosas muy bien. Pero estoy haciendo la visión “del otro lado”. Es decir, yo, casi estoy desnudándome en el sentido de qué cosas que podrían haber sido y no han sido. A veces por esas cosas que te he dicho de la disgregación o de no tener en cuenta algunas cosas, que yo ahora desde la perspectiva del tiempo pasado veo que podrían haber sido mejores. Pero en un marco de juego de una experiencia única.

[Entra una compañera que le pregunta al entrevistado si le falta mucho]

1: Bueno, lo que te quería preguntar, es desde ese punto de vista subjetivo, cómo has visto tú a la gente, a los pacientes que han estado participando, cómo ellos mismos han visto el significado que ha tenido para ellos esta participación en este piloto. Eso primero y luego qué significado tiene para ti la participación y la participación activa.

E13: [Tiempo de silencio para pensar la respuesta] Yo creo que ellos han visto muchas mejoras pero también es verdad que no son...mejoras en ellos mismos. Dicho esto, yo creo que todo eso no es fácil. El proceso no es tan fácil como decir esto... esto lo ven como una suerte en la vida y que por tanto tal. No es tan fácil de decir así. Ellos han visto mejoras en su cuerpo, en su vida, lo agradecen, pero al mismo tiempo tienen muchas discusiones y demandas de que esto no es todo lo que podría haber sido. Y yo estoy bastante de acuerdo. Creo que este proyecto... [silencio]... ha sido mi mejor proyecto pero, al mismo tiempo, podría haber sido la caña. Y sobre todo lo digo por ellos. Por eso digo lo de la integración laboral, la integración social. Creo que se ha hecho un... “coitus interruptus”, de alguna forma. Sí, ha funcionado, les ha ido bien pero en el proceso hay demasiada gente que se ha perdido, hay gente que se ha muerto, gente que no... Y, probablemente, con un mejor engranaje eso hubiera podido ser obviado. Es decir, creo que podrían haber normalizado más el proyecto si el proyecto hubiera avanzado hacia la normalización y hacia el avance. Yo digo, por ejemplo: una paciente que se pincha dos veces al día a lo mejor tiene que tender a que a lo mejor una sea en pastillas y no pinchada, ¿no? O, a lo mejor, no pincharse e ir una vez a la semana a ver qué tal, ¿por qué no? Creo que la clave es trabajar más en las alternativas y no en “tengo una alternativa que es diferente y como somos los únicos en España ya con eso me quedo contento”. Creo que eso podría haber sido diferente. Esa rotación de profesionales, sobre todo de médicos, no ha sido buena. Sobre todo para el proyecto. Sin entrar en la profesionalidad de la gente que lo hace, en absoluto, pero creo que podría haber sido un tema mejor tratado. Porque eso a la larga y te lo digo en beneficio de ellos, creo que ellos han visto cosas pero podrían haber visto más, eh. Además, ellos, muchos de ellos, son gente que está fuera del sistema social en general...como uno de ellos que vive en una casa tal [ocupada] y se la van a tirar... Eso se podría haber trabajado más. Porque eso le habría beneficiado.

1: ¿Crees que uno de los límites ha podido ser que se partiera de los objetivos del grupo que quería implementar el proceso y no desde las posibles necesidades que pudieran tener los pacientes adheridos a ese proyecto?

E13: ¿Perdona?

1: Es decir, relacionándolo con la participación, tú buscas una determinada población que entre en tus perfiles para desarrollar ese proyecto, o ese ensayo, y se alcancen esos objetivos esperados o el cumplimiento de la hipótesis, pero sin embargo, desde otro punto de vista más social y no tan científico, está la cuestión de la biografía de la persona. Es decir: qué papel ocupa esa problemática

dentro de la vida de la persona. Es decir, ¿es dejar de o mantener un consumo menos problemático la auténtica necesidad de la persona o hay otras cuestiones que van más allá de la droga que hacen que el mapa de abordaje, o las cuestiones a tener en cuenta a la hora de abordar la problemática, se pierdan un poco?

E13: Probablemente, probablemente, probablemente, probablemente. Mmm... Yo creo que mm... lo que te decía: nosotros partíamos de un abordaje muy integral, muy integral. Con muchas ganas, con mucho entusiasmo, con un “esto tiene que salir bien”, con un contexto muy positivo para que saliera muy bien, con un equipo con muchas ganas para que saliera bien, con un equipo multidisciplinar que ya lo dije: con médicos, abogados, trabajadores sociales, psicólogos, educadores de calle, ex pacientes... Es decir, yo creo que montamos un engranaje muy potente pero circunstancias, dinero, crisis... han ido generando que eso no... “para veinte tanta parafernalia”. Y eso ha ido en contra de ellos. Por eso que si, paralelamente, se hubiera planteado... Es decir, yo creo que se pensó en un momento determinado... Es decir, la estabilidad no ha sido buena para este proyecto.

1: ¿En qué sentido?

E13: El mantenimiento no debería haber sido la estrategia. Mantenimiento sí pero más cosas. Creo que ahí está la clave. Porque creo que eso les habría ayudado, el hacer cosas nuevas. Como lo del oral que te he dicho: por qué no poder entrar gente en un oral. De acuerdo que gente no pero gente sí.

Luego lo laboral que me parece un elemento esencial para perder el estigma y normalizar. Por eso ponía el ejemplo de X, que ha sido una persona que ha conseguido.... Su novio en esa época también estuvo en el PEPSA. Ahora ya no está. Ella va corriendo al PEPSA. Encontró un trabajo. Sigue trabajando. Y dices: “ostras, esto es lo que deberíamos haber conseguido”. ¿Por qué? Porque, es decir, porque la normalización habría conseguido ser punta de lanza. Como diciendo: “si tú consigues que diez pacientes de los veinte normalicen su vida, o veinte, o todos, consigan tener trabajo y que consigan normalizar su vida y tal”, eso para mí habría sido un espaldarazo mayor a la desestigmatización del yonki que el proyecto en sí mismo. El proyecto creo que ha ayudado a que es posible otro tratamiento, a que la droga es otra cosa, pero se podía haber conseguido dar más pasos. Esa es para mí, un poco, la espinita. Se podría haber conseguido la desestigmatización mucho mejor. Haber conseguido, por eso te decía, si tú consigues trabajo, dientes, un equipo de fútbol... ha habido cosas pero podía haber sido mejor. Creo que si tú apuestas por ser el primero en España y ser el tercero en el mundo que montas eso, ¡móntalo a tope! Creo que se quedó, por eso digo lo de coitus interruptus, se quedó a medias. Creo que si tú quieres que sea eso y si quieres ser único en el mundo, selo hasta el final. No te quedes en esa historia. Por eso tendrían que haber conseguido lo del trabajo. Porque si X que está fantástic@, probablemente de las que están mejor, “ostras y si F trabajara, seguramente...”, “a F le deberían haber posibilitado que trabajara en un lugar de recuperación de animales”. “¿Por qué? Porque es una persona a la que le encantan los perros, los saca, los tiene... ¿Por qué no trabaja allí y lo hace en su casa con cuatro perros que lleva y tal?”. Porque eso sigue marcando “este es”, se le sigue viendo... “es raro”, “este vive marginalmente cuando le podías haber normalizado mucho antes”. No sé si...

1: Sí, sí. Yo creo que la cuestión va por la relación que hay a la hora de resolver los problemas, ¿no? Muchas veces se acotan, o se enmarcan desde un lado lo médico, desde otro lo laboral, y eso creo que, realmente, es una cuestión integral como tú dices pero también, muchas veces, el campo de acción que tienes está limitado. Y eso te limita doblemente porque te limita tu acción y te limita el marco, ¿no?

E13: Ya. Por eso creo que la pena de esta historia es que no haya sido más, más, una experiencia que creo que es extraordinaria y que profesionalmente, ya te dije, de lo mejor que me ha pasado en mi vida pero que el hecho de no haber conjugado que todas las piezas confluyeran ha hecho que no

hayamos podido llegar adónde podíamos haber llegado. Un poco, básicamente, sobre todo, por lo que te decía de desestigmatizar, no sólo por el PEPSA en su conjunto. Sino por desestigmatizar, no reducir el daño que tiene un heroinómano sino como un paciente más como cualquier otro, como un hipertenso; esa es la clave que deberían haber conseguido. Pero para eso tienes que entrar no sólo en la dinámica del medicamento bien dado, que es lo que se consiguió. Al inicio con más apoyo educativo, social y tal, y que en ese proceso ha ido bajando lo laboral y lo social y se ha mantenido lo otro. Han aparecido los dientes, ha aparecido el gimnasio pero en el fondo iban más al...

1: ¿Mantenimiento del proceso?

E13: Por eso te digo que creo que la estabilidad no ha sido buena. En ese sentido te lo decía. La estabilidad de mantenimiento: “yo, de cuando en cuando, quiero el subidón. Pero no el subidón de que en un momento dado yo me invento lo de los dientes”, sino porque hay un proceso de trabajo.

1: Una potencialidad, ¿no? La potencialidad encontrar un espacio de trabajo que sea una catapulta que vaya más allá del propio recurso...

E13: ¡Claro!

1: Vale. Pues como penúltima pregunta, me gustaría preguntarte que si crees que dentro de este marco existen tabúes, cosas indecibles o cuestiones incuestionables, cosas que no se pueden afirmar y cosas que no se pueden preguntar, en el terreno de las drogodependencias y si crees que ello influye en la innovación.

E13: Para mí, todo lo que he vivido, y seguramente sea mi entrevista más sincera, cosas que yo he analizado durante todos estos años te lo he dicho hoy. Para mí no hay nada que no se pueda decir. Vamos, no he dicho cosas ligadas a personas concretas pero porque no viene al caso y no tiene importancia ni es lo que te interesa, ¿no? Pero yo creo que la experiencia ha sido tan positiva que eso supera todos los elementos mejorables que hay en ese proyecto. Este proyecto ha tenido cosas tan, tan, tan, tan positivas... es decir, yo que cada vez que veo a F que me dice “gracias, me has salvado la vida”, pues con eso ya me basta. También es verdad que a pesar de haber dado dinero de un proyecto mío para que se arreglaran los dientes, hay gente que ha podido utilizar eso como un mangoneo de dinero o algo así. Digo incluso los pacientes. Y eso, cuando me llegó, me hizo daño. Pero pasas. La clave, lo importante, era que se arreglaran los dientes y, por lo tanto: “¡A chuparla a Parla!” En el sentido que no es importante, ¿no? Lo que quiero decir es que ha habido piedras en esta historia, broncas con Sevilla, discusiones porque ha salido en los Medios, que si te llaman a ti y me deberían de llamar a mí... Muchas pequeñeces que han sido incómodas en este proceso. Pero, que me quiten lo bailado. Que me quiten lo bailado a los pacientes. Por tanto, es más temas personales, y que he explicado estratégicamente de la disociación o suma no bien dada de las cosas, que la realidad. La realidad es mucho más potente que las minucias de las discusiones entre unos y otros. Pero esas cosas han quitado esa suma global y esa visión integral. Y creo que eso es lo que, probablemente, ha faltado.

Pero sí que no se puede decir son temas más de discusiones personales. De visiones personales que no vienen al caso. Que no es lo importante. Lo importante es lo que se ha conseguido. Lo que se podía haber conseguido es más cosas, pero lo que se ha conseguido es muchísimo.

1: Última pregunta. Como experto en Metodologías Participativas me interesa lo que es el desarrollo o la gestión de la gobernanza de los asuntos a través de nuevas herramientas y metodologías, la ordenación de los poderes y la decisión y la gestión de los medios, y me gustaría saber si en este momento en el que estamos de “crisis del modelo”, movimientos sociales que están emergiendo, crees que es posible en el terreno de las drogodependencias la implementación de estos modelos que van más allá del enfoque biopsicosocial o biosanitario y apunten más hacia el empoderamiento del sujeto y la gestión, a través de estas herramientas, de los problemas...

E13: Yo soy muy partidario y trabajo en eso del empoderamiento del paciente, trabajo metodologías participativas y tal. Yo creo que el tema drogas necesita una reflexión mayor. Creo que el empoderamiento es un elemento pero no el único en el debate. Creo que el tema drogas vive demasiado de las rentas. Nos hicimos metadonaos y tal, tenemos el Proyecto Hombre porque la Reina y el mundo político se van a hacer la foto. Y tenemos unos profesionales que van haciendo cosas. Pero falta una reflexión de cuál es el proyecto. Hay poca reflexión desde mi punto de vista del papel de cómo da el Poder. Hay demasiado estigma. Y parece que con algunas personas no se pueden empoderar cuando creo que es una línea muy importante a desarrollar.

Creo que hay que cambiar el modelo de relación. Es demasiado paternalista. Muy paternalista en drogas. Muy paternalista, incluso, en la relación con la familia. Y creo que eso hay que romperlo. Pero en el tema drogas va a ser mucho más difícil de romperlo que en el resto de enfermedades. Por lo que significa. Por eso te decía que la clave no es reducir daño, es paciente. Es decir yo creo que te vean como paciente y luego avanzaremos el empoderamiento. Pero es que hay que romper la dinámica. Por eso creo que el PEPSA planteaba algo que no era la reducción del daño. Es un tratamiento para un paciente. Integral, global, que necesitaba más apoyo porque entre la causa, el origen del problema hay mucha mezcla ahí.

Y por lo tanto, eso es lo que hay que cambiar. Estamos trabajando con pacientes, lo primero, y, luego, a partir de ahí, trabajamos desde el empoderamiento. Creo que es una de las claves. Es esencial. Y eso, creo que a esa conclusión [trabajamos desde el empoderamiento] no han llegado, diría yo y con perdón, ni los profesionales. Es decir, creo que se vive demasiado de las rentas y por eso te decía que la estabilidad no es buena. Creo que hay que romper la dinámica. Yo no sé si los profesionales del PEPSA, si no cuando les entrevistas me lo dices, si son conscientes de esa historia: lo hablan como reducción del daño más que como visión-paciente. Porque me parece que es la clave para poder pasar al empoderamiento. Porque si tú lo que haces es reducir daños, lo que dices es también, de alguna forma, paternalismo, ¿no?: “yo te veo como tal”. El papel de las familias, que ha tenido mucha importancia en las asociaciones. Pero porque estaban desesperados, no porque creían en construir un nuevo modelo. Y, por lo tanto, yo creo que hay que pasar ahí.

De alguna forma, mi reivindicación de todas estas cosas que te he venido a decir de la disgregación va muy ligada a lo que yo creo que es y no es. Porque el proyecto PEPSA podría haber sido más yendo hacia lo que tú has planteado: hacia nuevos modelos de participación. Lo fue un poco pero podría haber sido más si no se hubiera estancado en la estabilización en vez de la innovación. La innovación debería haber sido la clave. Por eso es: muy poca gente ha planteado una relación diferente entre el sistema y los pacientes drogodependientes. Esta es la clave: no estamos trabajando un proyecto de reducción del daño, estamos trabajando mucho más que eso. Y si se hubiera sido consecuente con eso podría haber sido punta de lanza para trabajar la gobernanza.

1: Vale. Bueno, pues por mi parte, está perfecto. Agradecer tu disponibilidad y las facilidades que me has puesto para venir a Granada y realizar las entrevistas y, bueno, si quieres añadir alguna cosa más que consideres importante y que se haya quedado en el tintero.

E13: De todas formas hay un elemento... un elemento para el debate...y es haber generado que el medicamento-heroina es dios. Porque eso es toda una historia para hablar. De hecho, yo he defendido el medicamento-heroina, con uñas y dientes, pero, probablemente, la medicalización también hace que, a veces, le quite el papel a lo social o lo laboral, que yo digo que es tan importante. Probablemente por dar peso a una cosa que no iba en contra de lo otro... yo tengo una visión muy global, pero probablemente eso hubiera sido necesario.

1: ¡Perfecto! ¡Muchas gracias!

DIRECTOR RECURSO PEPSA E14:

1: Antes de nada, quiero agradecer tu disponibilidad y tu predisposición a este tipo de entrevistas y acciones que son, bueno, posibilitan que ciertas personas que estamos en la universidad y en otros ámbitos podamos entrar y comprender, un poco, las realidades que nos interesan investigar y, bueno, ir generando redes y enlaces entre trabajos y dimensiones diferentes de la realidad y del conocimiento, ¿no?

Sin más, para abrir, me gustaría que te presentases aunque bueno, es una forma para romper el hielo y garantizo tu anonimato si crees que hay alguna información o algún tipo de dato que no quieras que salga y que haya podido salir. Si quieres te paso el trabajo, totalmente accesible. No tengo ningún problema. Y, bueno, mi interés es que esto redunde en algo positivo y no buscar... Como te digo, si quieres hacer una pequeña presentación...

E14: Sí. Yo me llamo J. A. R., soy responsable del servicio desde 2010. Llevo cuatro años, hará ahora en Mayo. Empecé como enfermero, en los inicios. Llevo once años trabajando aquí en el servicio PEPSA y, bueno, la verdad que ha sido muy gratificante. Profesionalmente. He aspirado de enfermero a responsable, ¿no?

1: Bueno, pues si quieres explicarme un poquito lo que ha sido la evolución, ¿no?, tú que has estado más cerca y...

E14: Pues fue muy motivador y fue... la verdad que fue una experiencia súperpositiva ya que todos los profesionales, pues era un servicio novedoso y se inició desde cero: el diseño, las pruebas... En Enfermería, sobre todo, fue un revulsivo. Date cuenta que no había nada. La Enfermería en ensayos clínicos de diacetilmorfina y metadona, no tenía nada que ver. Entonces, lo diseñamos y los creamos desde la nada. Y lo que hay actualmente lo diseñaron los profesionales de Enfermería. Luego, el inicio fue muy bonito y muy motivador como ya he dicho puesto que había psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, había un gran grupo de profesionales que hizo que esto funcionara. Tanto el grupo de metadona como el grupo de diacetilmorfina. Porque no se daba la metadona como se daba habitualmente se da, sino que se valoraba al usuario, se le preguntaba el estado en el que estaba... una valoración psicosocial.

1: ¿Al uso o un poco más avanzada?

E14: Avanzada. O sea, preguntabas patrones nutricionales, el psiquiatra hacía consulta, la trabajadora social hacía consulta, el psicólogo hacía consulta, se hacían talleres... Todo eso, el usuario que venía a recoger su metadona no era "dos minutos y se iba", sino que estaba un tiempo: se le tomaba la tensión, la temperatura, se le ponían sus vacunas...un programa de reducción del daño, ¿no? Y, claro, la mejora que se dio en el grupo de metadona fue también muy evidente. Porque, claro, el gran grupo de profesionales que estaba dando esa sustancia como nunca se la habían dado y que se estaban preocupando por ellos, pues mira. Y luego, el tema de la diacetilmorfina pues se extrapoló lo mismo. Las mismas valoraciones pero con otras sustancias y se vio que mejoraron también muchísimo también en el grupo experimental.

1: Ajá. Me gustaría preguntarte...bueno, perdona, si quieres seguir hablando, perdóname.

E14: No, no, no.

1: Mi idea es que tú hables y yo escuchar.

E14: [ríe]

1: Pero bueno, me gustaría saber ese, como lego, como persona que no está dentro de este ámbito de una forma profesional, pues me gustaría saber cuáles son esas diferencias, o esos pilares, que diferencian a este programa de los programas ambulatorios o centros de atención integrales.

E14: Pues principalmente en que el usuario viene todos los días. Mañana y tarde. [un servicio] En el cual el profesional sanitario tanto el médico como el enfermero, puesto que no hay otro por el tema económico, hacen un abordaje global del usuario. Todos los días. Se le toma la tensión, se le toma la temperatura, realizamos campañas de vacunación, campañas de educación para la salud... Todo ello engloba a un usuario en cuanto a si está malo, si está en un tratamiento psiquiátrico concomitante con benzodiacepinas, si toman también tratamiento anti retrovirales... Todo eso se hace y se gestiona desde aquí. Con lo cual: ahorras costes, mejoría en cuanto a sus patologías mentales, puesto que se toman la medicación presencial desde aquí. Y entonces, claro, es una atención global en la cual, el usuario, está totalmente controlado. Y tiene un centro de referencia.

¿Diferencias con otros? Que probablemente no tengan ese control de la medicación.

1: Vale. Pues... a mí, por ejemplo, me gustaría saber cuál es el punto de arranque de, es decir, cuáles son las motivaciones, la justificación, la necesidad de establecer este proyecto desde su base, desde su fase experimental, desde su negociación con la Agencia Española del Fármaco... y ver cómo eso fue surgiendo, cómo fue esa iniciativa en el sentido de acción y, sobre todo, qué fue necesario para obtener el visto bueno: "Venga, vamos a apostar por ello".

E14: Esto empezó en 1992. Y fue, un poco, un proyecto que inició la Escuela de Salud Pública junto a otras personas como médicos y demás, de Almería, de Jaén y de las comunidades terapéuticas. Costó bastante trabajo...

1: ¿Por? ¿En qué sentido?

E14: Costó trabajo en que se aprobara, ¿no? Porque un proyecto de estas características no todo el mundo comulga con él. Es peliagudo, es... en fin, diacetilmorfina por vía intravenosa... Yo creo que va, también, por la mentalidad del español, ¿no? Pero teníamos una gran baza que era Miguel Marsé también. Él era del proyecto suizo y también ayudó bastante a redactar el protocolo. Todo esto con la Escuela de Salud Pública. Y en el 2003 dieron el visto bueno. Yo, esa fase, no la conozco porque yo no estuve en esa fase. Yo llegué aquí como enfermero. No estuve dentro del equipo investigador. Y sí sé que se vivió con cierto... desde 1992 hasta 2003 pasaron once años para que les dieran la aprobación.

¿Por qué se hizo en Granada?, que también se suele preguntar. Porque estaba la Escuela de Salud Pública en Granada. Y lo ideal sería que se hubiera hecho en una ciudad más grande como Madrid. Pero estaba el PP, el Partido Popular. Y no el [P]SOE que era el que estaba en Andalucía y no era el que estaba promoviendo esta iniciativa .

1: ¿Crees que hay una variable política, en el sentido de apostar por esta política pública como un...una punta de lanza?

E14: No lo creo. No lo creo. Simplemente yo creo que se hizo en Granada porque estaba la Escuela de Salud y fue la que apostó en su origen. Es una opinión mía porque lo desconozco porque no estuve en esa fase.

1: Vale. Siguiendo con las preguntas, me gustaría preguntarte... dijiste antes que es un tema peliagudo pero, ¿de qué manera el discurso científico, médico, está reforzando esas evidencias que vosotros estáis notando y de qué forma se puede visibilizar y poner en la mesa como una práctica necesaria dentro de lo que entendemos las drogodependencias y con una población determinada que es con la que trabajáis vosotros.

E14: Bueno, pues es complicado. Ahora mismo es complicado. Hay pocos estudios hechos desde que se finalizara el ensayo. No sé por qué. Y sí que es peliagudo en cierta medida porque desconozco el porqué de que a esto no se la haya dado todavía la difusión. Porque creo que gran parte de los inconvenientes, a niveles administrativos, la excusa que pusieron en la Agencia Española del Medicamento es que había poca muestra. Pero existen otros centros, a nivel europeo, que han demostrado la eficacia. Que tampoco creo yo que fuera necesario que demostráramos en Granada que el tratamiento era efectivo cuando en otras ciudades europeas ya se había demostrado .

1: ¿Y qué relación tenéis a nivel, por ejemplo, europeo? Estoy pensando en el Observatorio Europeo sobre Drogas y si realmente hay una entidad supranacional que fomente este tipo de políticas o de innovaciones en este terreno.

E14: Pocas. Pocas o ninguna. No tenemos contacto, ahora mismo, de ningún tipo. Muy escaso.

1: O sea que, más o menos, la gente que estáis recibiendo, gente de España...

E14: De España y de Europa. Bueno, nosotros, desde que yo asumí la responsabilidad del Servicio, se hizo un programa de captación y divulgación de los usuarios. En el cual hicimos unos folletos, hicimos una serie de actividades en los centros de salud, para divulgar nuestro trabajo. Una de las cosas que más me llamaron la atención que después de once años dando atención y tratamiento con la diacetilmorfina, los propios trabajadores del hospital no sabían qué era este Servicio. Entonces, te das cuenta de que hay una necesidad de que la gente conozca un trabajo que es lícito. Que se ha demostrado que funciona para determinados pacientes. Entonces, se hizo esa campaña y sí que es cierto que gracias a esa campaña pues se aprobaron, en cuatro años, veinte usos compasivos. Y vinieron unas cuarenta personas para hacerse las pruebas de selección. Porque, claro, la gente lo desconoce.

Se hizo otra actividad con los kit de jeringuillas que nosotros pedimos. Les pusimos el etiquetado del PEPSA con el número de teléfono y se las dábamos a las farmacias de la zona de compra de droga. Y gracias a eso, poco a poco, nos han ido conociendo y, bueno, las relaciones que había con el CPD [Centros Provinciales de Drogodependencias], con los servicios de drogas que había antes en la provincia... pues antes eran casi nulas y se ha intentado que nos conocieran y que nos derivaran ese tipo de usuarios que llega, que fracasa los tratamientos con metadona y que siguen inyectándose heroína en la calle. Entonces, esos centros sí nos han derivado a usuarios.

1: O sea, que sí que hay una cierta complementariedad?

E14: Sí. Ahora mismo sí. Lo que pasa, en la actualidad, se ha cortado el tema de entrada de pacientes por un tema de la Administración, de la Consejería o...

1: ¿Por una falta de recursos?

E14: No. Que desde hace un año no entran más pacientes en el Servicio. Han estado entrando de forma escalonada: unos años seis, otros cinco, otros años cuatro... y este último año, en marzo de 2013, se quitó, se acotó y se dijo que no entraban más pacientes.

1: Ajá. ¿Cómo estás viendo tú el proceso de las personas que están desde que empezasteis, esos pacientes de larga duración dentro de este...

E14: Pues se estabilizan muchísimo, eh. El perfil del usuario que tenemos es un perfil de usuario que evoluciona muy lentamente. No sé si tú conoces el tema del tratamiento con drogodependientes, pero es un tratamiento muy lento. Pues se observa una diferencia desde los inicios hasta la actualidad. Gente muy estabilizada, con su familia, algunos se han estabilizado laboralmente, han encontrado trabajo y están trabajando; y sobre todo en los consumos y en las patologías duales: la

estabilización de esas patologías, que ya no vuelven a tener crisis cuando antes sí las tenían, en los inicios; y pasan de consumir, por ejemplo, cuatro o cinco “paquetillas” de “speedball” a ninguna en la actualidad. O sea: disminución del consumo, disminución de prácticas de riesgo como pueden ser los abscesos y, sobre todo, en la estabilización psicológica. Y psiquiátrica. Puesto que, como ya te he mencionado antes, se les da un tratamiento antipsicótico, controlado y que en el momento en el que se observa una crisis pues, tanto los médicos como los enfermeros, aumentan su dosis... Y cierto es que los usuarios han experimentado una mejoría en ese estado de ánimo

1: ¿Cómo hacéis para la detección de la patología dual y la definición de esa doble patología?

E14: En un inicio pues se hacen una serie de test y el médico le hace una serie de diagnóstico psiquiátrico y, si hay dudas, se deriva al psiquiatra de aquí, del centro de salud. Y se le hace un diagnóstico. Previamente, es posible que venga un informe de CPD diciendo qué patología es la que tiene, ¿no?: una esquizofrenia, lo que sea... Y, en ese momento, se le prescribe su tratamiento. Porque el médico de aquí sí que prescribe antipsicóticos Y una vez que el usuario ha comenzado aquí, se le dan unas indicaciones para que el centro de salud no vuelva a prescribir benzodiacepinas. Porque interfiere con el tratamiento de diacetilmorfina y el control de esa medicación nos sirve para que el usuario vaya estabilizándose.

1: ¿Qué valoración haces de la benzodiacepina? En el sentido de que cuál es su utilidad...

E14: Sobre todo es el sueño. Y que hay gran dependencia de la benzodiacepina en este tipo de usuario. Gracias a que se le acota el hecho de tener ese bote de benzodiacepinas, no interfiere en su tratamiento pero, a su vez, mejora el usuario. En ese tipo de adicciones. También tienen la adicción a las “benzo”, que las compran fuera y demás. Y el hecho de que se dé de la forma en la que la damos nosotros, pues se observa una gran mejoría. La verdad.

1: Cuando he hablado con otros organismos, con otras entidades que se dedican a la atención de drogodependientes, sí que he notado, cuando he leído los informes y las memorias, que todo está muy reglado y muy protocolizado, ¿no? Y me da la sensación de que es “la receta para todos y para adelante”. ¿Realmente ese enfoque es el óptimo? ¿El más seguro? ¿Qué valoración tiene? Porque muchas veces, creo, que no se si se puede discutir lo que son los propios tratamientos y de ahí mi interés en conocer la realidad del PEPSA.

E14: Vamos, yo no puedo decirte de lo que hacen otros servicios, porque no lo conozco al cien por cien. Yo te hablo desde aquí. Nosotros, eso, no lo tenemos protocolizado. No tenemos tranquilizantes, transilium, no... o tampoco “el tratamiento es de esta manera o tal”. No. nosotros siempre hemos intentado tratar a cada usuario de una forma única y distinta, ¿no? Y dependiendo también de la tolerancia que tienen a determinadas sustancias. En el Servicio en el que ahora mismo estamos yo no creo que haya una protocolización de la prescripción de benzos, de... ¡Hombre! Sí que hay un protocolo: de prescripción de diacetilmorfina. Tenemos unos topes de dosis. Y hay protocolos de actuación. Pero todos los protocolos son protocolos. Luego eso se, luego se... [adaptan].

1: Ese protocolo de diacetil, ¿cómo es? Relacionándolo con la cuestión de la construcción del itinerario personal. Es decir, realmente es la demanda que hace el paciente o el usuario de “necesito tanto”, o lo calculáis... ¿cómo lo hacéis?

E14: Hay una tabla de equivalencias. Metadona y diacetilmorfina. El usuario llega al centro con una dosis de metadona. O sin dosis. Porque hay usuarios que han entrado sin estar en programas de metadona.

1: De calle.

E14: De la calle.

[continúa con párrafo anterior] Entonces, hay una dosis de seguridad. Esa dosis de seguridad pues son 40. Y, bueno, hay una tabla de equivalencias. La dosis máxima al día son 600 mg de diacetilmorfina. Eso se está establecido en el protocolo inicial. Y eso no ha sido variado. Y, entonces, el usuario viene de metadona y tiene X. Si el usuario ve que con esa dosis se encuentra estable, no hay ningún problema. Si el médico ve que con esas dosis está bien y no va a sufrir una intoxicación en sala, o que esté muy sedado, pues está bien. Y luego, pues, a demanda. El usuario va demandando subir dosis. O si tú ves y observas, desde Enfermería o Medicina, que ahí hay un síndrome de abstinencia objetivable, moderado o grave, pues se le comunica al médico y el médico le dice “mira, sube la dosis tanto. O sube la metadona de la noche”. Porque, nosotros, damos tres dosis: dos de diacetilmorfina y una de metadona. La última tendría que ser también de diacetilmorfina pero por motivos económicos no se da. Porque, por supuesto, tendrías que pagar nocturnidad.

1: Vale. Bueno, me gustaría saber, todas estas riquezas poder visibilizarlas. Me gustaría a la vez que yo visibilizo todo esto, tú me visibilizaras el camino recorrido, que no deja de ser toda esa riqueza que muchas veces no...tanto lo objetivable como lo subjetivo...no llega a los informes. Es decir, tanto a nivel objetivo del desarrollo de un programa como los aspectos más subjetivos como la relación persona a persona, ¿qué habéis aprendido con esta práctica con una población en riesgo o ya excluida?

E14: ¿Que qué hemos aprendido?

1: Si. Tanto de lo que es el propio programa como del tratamiento de las drogodependencias más allá del punto de vista psicosocial...

E14: Bueno, hemos aprendido, principalmente, que es una opción terapéutica más. Pero dentro de una opción terapéutica más que no se ha considerado como tal. Considero que para un perfil determinado de pacientes este tratamiento es el ideal. O sea, no hay otro tratamiento. El dependiente a opiáceos que prácticamente no hay porque son policonsumidores, pero el paciente que se inyecta opiáceos por vía intravenosa, este es uno de los tratamientos, ahora mismo, más ideales para ellos.

Y también hemos aprendido que gracias a este tratamiento, estas personas han mejorado su calidad de vida debido a que antes se tenían que buscar la vida, tenían que robar, delinquir, y, hoy por hoy, los usuarios que tenemos, ahora mismo, no delinque ninguno puesto que tienen una seguridad que se levantan por la mañana y tienen su dosis que les provoca el bienestar y no tienen que buscarla por ningún sitio. Y te sorprendes por cómo crecen como personas. Y es muy gratificante, la verdad. Eso es lo que yo he aprendido en todo este tiempo: que son usuarios, que sean adaptado muy bien a este tipo de tratamiento y que es muy beneficioso para su vida. Para su calidad de vida.

1: Hay una cuestión que me gustaría preguntarte y es la relación entre fármaco, droga, medicina. Sobre todo porque cuando hablas con pacientes y demás, ves que la noción de que se están drogando no es tal, sino que se están medicando, ¿no? ¿Cómo se produce ese efecto?

E14: Sí. Es cierto. Es muy curioso porque ellos te dicen que ya no se inyectan, que ya no se drogan. Realmente se están inyectando diacetilmorfina, ¿no? Heroína. Y es cierto que cambian ese chip. Porque yo considero que al estar en un enclave hospitalario, que haya profesionales sanitarios, ellos consideran que se están tratando su adicción. Y es así. Tal cual. O sea: al estar en un enclave sanitario y tener sanitarios como profesionales, para ellos les da como que no es droga, sino que es diacetilmorfina y que vienen a administrarse una medicación. Y eso es lo que te he comentado antes, normalización. Que se normalizan .

1: ¿Pero crees que esa normalización es evidente de puertas hacia afuera?

E14: No. No. Considero que no. yo he hablado con profesionales de aquí y, en parte, están en contra de esta práctica. Porque ellos no cambian el chip .

1: Claro, porque, ¿qué aducen? ¿Cuál es el sentido de...

E14: Se están inyectando heroína.

1: Ajá.

E14: No lo ven como un medicamento. Pasa igual que con la metadona en sus inicios . Era droga. Ahora todo el mundo se ha cambiado el chip. Ahora la metadona para ellos es como un medicamento. Un sustitutivo.

1: Ahora, dando un salto, me gustaría preguntarte sobre cómo ves tú la construcción del enfoque biopsicosocial. Es decir, realmente, son tres elementos, son tres esferas, y cuál es la relación entre ellos. ¿Quizás lo bio es esa punta de lanza y después viene lo psicológico y lo social; o quizás las tres están relacionadas, o... ¿cómo se construye esa visión para trabajar?

E14: Profesionales psicosociales y biopsicosociales aquí no hay. Ahora mismo. Ahora mismo hay sanitarios. El Centro consta de enfermeros y médicos. Pero sí es cierto que los profesionales de medicina y enfermería no son médicos y enfermeros al uso. Han evolucionado con el Centro. Es decir: viene un enfermero que no tiene nada que ver con drogas porque en Enfermería no tiene ningún papel, prácticamente, en Andalucía; pero aquí sí. Entonces, llevan muchos años y han evolucionado con el Servicio. ¿Qué quiere decir que han evolucionado con el Servicio? Pues que han tomado campos del Trabajo Social, campos del psicólogo, campos de Asistencial... ¿Por qué? Porque son todos los días y los Planes de trabajo que se hacen con ellos son del Trabajo Social, del psicólogo y demás.

En sus inicios sí hubo gran parte de psicosocial. Y gran parte del trabajo que se hacía era, más bien, psiquiátrico y psicológico. Y sanitario. Y luego socia l.

1: Sobre todo porque dentro de mi terreno, que es la Sociología, por decirlo así, pues me interesa la cuestión de cómo la gente ve lo que es la evolución tanto de los que son las drogodependencias como de esas personas que están enfermas: la concepción de la evolución del drogodependiente, del yonki al enfermo o al usuario o paciente. Realmente, ¿cómo se ha ido construyendo esa imagen, ¿no? Y si, realmente, todavía está presente la idea del yonki y cómo eso...

E14: Aquí no. Aquí no. Para empezar la palabra yonki, aquí, está vetada. O sea, nosotros no llamamos yonki a nadie...ni chute. El chute típico... es una inyección . Gran parte del cambio empieza en denominar, en decir las cosas por su nombre : “son drogodependientes, tienes una adicción y te vas a inyectar. No te vas a chutar”. Eso se intenta. Son cosas que sean ido trabajando con ellos. Son personas, son normales, tienen una adicción y se ha intentado siempre trabajar, desde los inicios... Pero, ya te digo, al no tener profesionales, psicólogos o trabajadores sociales, pues lo ha hecho Medicina y Enfermería . No sé si es eso lo que quieres..

1: No, sí. Bueno, es, sobre todo... a mí, por ejemplo, estoy viendo la relación de la existencia de un nuevo perfil que es el profesional que está trabajando y necesita una constante actualización porque la realidad que está trabajando va más allá de la simple práctica médica.

E14: Claro, pero el profesional que está en este Centro no lo hay en otro sitio. No hay otro PEPSA. No hay otro Servicio de Administración de Heroína . Con lo cual, el profesional de Enfermería que hay aquí, no lo vas a encontraren ningún sitio. Es único. Es un profesional que administra heroína y, aparte de administrar heroína, hace un trabajo tanto social como psicológico, como Asistencial. Como ya te he dicho: hace Educación para la Salud, hace intervenciones sociales, hace

acompañamientos, hace intervenciones de asesoramiento... todo eso lo hace el profesional de Enfermería .

1: Vale. Por eso te digo: me gustaría saber si las personas que se derivan y vienen aquí cuando, supuestamente, viene por una cuestión médica, realmente, veis cuestiones que van más allá de lo que es lo médico.

E14: Sí. Claro. Evidentemente.

1: Y, ¿cuál es la relación entre problema individual, social y drogodependencia?

E14: Hay problemas sociales... muchísimos. De hecho, uno de los requisitos para entrar en este Servicio es que tengan problemas sociales y psicológicos. Y psiquiátricos. Eso lo exige la Agencia Española del Medicamento. Tiene que tener trastornos sociales, trastornos psiquiátricos o psicológicos.

1: Y tú, como profesional, con una experiencia, ¿cómo ves la relación entre... al igual que con patología dual... entre exclusión y drogodependencia? ¿Tú crees que, como el dilema que hay del huevo y la gallina, cómo...

E14: Sí. Hombre, yo creo que hay un elemento de exclusión social. yo creo que sí.

1: Pero, ¿a priori o a posteriori?

E14: A priori, a priori.

1: A priori. O sea, una vez que empiezas una carrera desviada, te vas encontrando con el fenómeno de la droga y eso ya te va...

E14: Sí, yo creo que sí. Uno de ellos. Luego habrá otros motivos. Pero, principalmente, yo creo que sí.

1: Y crees que, no sé si este programa pero sí en términos generales lo que es la Atención de las Drogodependencias es consciente de la profundidad o el calado de la problemáticas individuales que tienen una persona. Es decir, porque una de mis dudas es si la Intervención Social con una población que tiene una problemática muy compleja, está muy parcelada o, realmente, si es integral. O cuánto de integral es.

E14: No. Yo creo que no hay una intervención integrada. En otros Servicios. Yo creo que no. yo creo que el problema de las drogodependencias carece de muchas de esas intervenciones. Nosotros sí intentamos hacer una actuación integral. Y no es porque yo esté tratando aquí de... sino porque lo veo en el día a día. Y la mejoría de ellos.

1: No, yo, sobre todo, por si... bueno, qué crees tú, como trabajador/profesional de referencia, cómo crees que debería ser ese enfoque o si crees que es posible un nuevo enfoque de abordaje sobre las drogodependencias o un abordaje del siglo XXI, por decirlo de alguna forma.

E14: De una forma integral. No que existan solamente psicólogos y psiquiatras y tal. Sino que existan muchísimos más profesionales dedicados en ese campo. Date cuenta de que este tipo de personas tienen un desajuste social importantísimo. Y luego sanitario. Y yo creo que en la drogodependencia del siglo XXI, se debería de tomar decisiones de forma integral. Vamos, yo no sé qué porcentaje de desintoxicación tienen las comunidades terapéuticas, porque no lo sé. Porque lo desconozco. Pero yo creo que se debería de intentar hacer un abordaje más integral. Del usuario.

1: ¿Puedes intuir, o marcar, algunos de los pilares básicos que desde tu propia realidad de trabajo podrían ser extrapolables a ese modelo? Estoy pensando en coordinación y cooperación entre distintos Servicios.

E14: Exacto. Yo creo que hay muy pocas intervenciones en los diferentes Servicios . Por lo menos hablo de mi experiencia con el Centro en el que estoy. Las intervenciones que se realizan en los distintos Servicios... Ahora he tenido un caso, tengo un usuario derivado del País Vasco y ha sido el usuario el que me ha llamado. No ha sido el profesional el que me ha llamado para comunicármelo. Ahora tengo que ponerme en contacto yo con el profesional para hablar... Esto por ejemplo debería ser más fluido, ¿no? Aquí, por ejemplo, se quitó el tema del trabajador social y el psicólogo, un usuario de estas características por mucho que lo derives a otro centro pues no va a ir. Y menos para una consulta con un psicólogo. No va ir. Yo creo que hay un desconocimiento de las formas de ser y de cómo se mueve este tipo de personas.

1: ¿Tú crees que es un desconocimiento o un...

E14: No, no, no querer entender cómo son. Puesto que todo esto es dinero. Al final es dinero. La drogodependencia, bajo mi punto de vista, ya no interesa tanto.

1: Pero bueno, está ahí, ¿no?

E14: Sí, sí. Es un problema, pero ya no es el problema que era antes. Yo creo. Es una opinión mía, personal.

1: No, yo, siendo tú un profesional, de un campo específico, cómo ves tú los nuevos tipos de consumo relacionándolo con qué era lo que había antes, qué fue lo que fomentó esa perspectiva y esa construcción de una determinada manera, una óptica, de lo que es la drogodependencia: el PRSD, el PNSD... y qué es, a treinta años vista, viendo la cantidad de gente que se ha ido muriendo o quedando por el camino, de toda esa gente que eran...cuáles son los nuevos consumos ahora y cuál es la relación que tú, como profesional, ves.

E14: Yo te hablo de los consumos de los pacientes de aquí. Los consumos son aquí, mayoritariamente, lo que tenemos es de "base". Base y benzodiacepinas. Fumada. Inhalada. Ese es el consumo que hay ahora mismo de los usuarios que nosotros tenemos.

1: Y, por ejemplo, cuando tú o cuando los profesionales hablan con ellos, les explican...

E14: ¿Los efectos?

1: No. Lo que te quiero preguntar es si la gente, cuando consume de forma inhalada, o aspirada, por qué lo hace de esa manera y no de forma...

E14: Inyectada.

1: Inyectada. Es decir, si ese estereotipo, esa figura, que es casi irreal o ya mítica, por decirlo así...

E14: Pues mira, el argumento que ellos dicen siempre es que heroína no hay en el mercado y que lo que hay es malo y no se inyectan por la sencilla razón de que no les gusta la base inyectada y sí la heroína. Y no hay esa sustancia en la calle. Ese es el argumento que suelen poner.

1: Tú, como profesional, ¿cuál es la relación o qué es para ti la droga y cuál es la relación que tiene con el fármaco y el veneno, como sustancia, y cómo vosotros os habéis estado manejando... en esa polisemia.

E14: Sí. Nosotros, como ya te digo, el chip se cambió. Puesto que también los profesionales, esto es nuevo y te genera una serie de dudas . Entonces, tú, en el primer momento que entras y ves que la sustancia es preparada por un farmacéutico, todo es... A ver si me explico: la sustancia es preparada por un farmacéutico, la administran los sanitarios... Ese proceso, se produce en ti un cambio de mentalidad en el cual dices: “esto es un fármaco. Administrado por médicos y por enfermeros. Bajo supervisión médica. No es lo mismo una sustancia que, en definitiva, todos los medicamentos y fármacos son drogas, pero tiene una supervisión médica. No es lo mismo que la sustancia que se vende en la calle de forma ilegal y el consumo no lo está controlando un médico”. Con lo cual, la diferencia es abismal. El control, bajo supervisión médica, y lo otro. El cambio de mentalidad es importante. Igual que se administra morfina en el hospital. O la metadona. Que, supuestamente, tiene una supervisión.

1: Ahí te quiero hacer otra pregunta...así un poco en bola de nieve...se van incluyendo cosas...

E14: Sí, sí.

1: para ti, ¿cuál es la educación sobre drogas que tenemos. ¿Es accesible? ¿Cómo está construida? ¿Cómo es interiorizada por la gente? Y ¿cuánto de útil es? Porque, realmente, hemos vivido, hemos visto, tenemos una cierta idea de lo que son las drogas, prácticas de riesgo, consumos y cómo, en realidad, la sociedad civil, por decirlo así, se comporta, o conoce de la drogas... y me gustaría que tú como profesional y partiendo tu realidad pues bueno, que me dijeras, tú ves la calle, el día a día...

E14: La gente de la calle asocia drogas con delincuencia y con... la gente que no trabaja en esto no entiende un tratamiento de estas características, por ejemplo. No lo entienden. Ni lo van a entender. De hecho cuando te preguntan dónde trabajas y lo explicas, pues se quedan un poco... porque no hay una mentalidad... Y yo, antes de trabajar aquí, también. O sea, que no te voy a engañar. La realidad la vive uno cuando lo vive. Y yo creo que la sociedad, todavía, actualmente, creen que el drogadicto es un delincuente. No sé si es lo que quieres...

1: No. Es sobre todo, es decir, sí que se tiene esa imagen pero bueno, es posible que gente que tenga esa imagen luego consume... es decir, cómo entienden el ocio... la droga realmente.

E14: Claro. Claro. Pero yo te hablo del perfil de mis pacientes. No del perfil de... claro...

1: Yo te hablo también un poquito por ahí...

E14: Claro. Yo te hablo del usuario drogadicto de muchos años, el heroinómano que se inyecta... al actual drogodependiente ocasional en discotecas que está esnifando cocaína. Probablemente el que esnifa cocaína está viendo que el usuario que se inyecta heroína es un tirado de la vida. Esas diferencias sí existen.

1: Por eso lo que te quiero preguntar: realmente sí que se ve claramente lo que es la imagen del drogodependiente pero luego...

E14: Claro. Hay muchos tipos de drogodependientes.

1: Por eso. Cómo ves cómo la gente ve la definición de las drogodependencias. Porque al final nos movemos en un terreno de arenas movedizas, o de fronteras muy relativas...

E14: Sí. Ellos tienen muy claro quién es el drogodependiente tirado. Que es el que tiene VIH, el que ha estado mucho tiempo inyectándose, que fuma papelas... Y ahí hay una diferencia: “ellos son unos y nosotros somos otros. Los que bebemos alcohol... Somos distintos. Yo no tengo nada que ver con él” y, en definitiva, tienen la misma adicción.

Si la hay. Hay una gran diferencia. Hay diferenciaciones. Date cuenta que, probablemente, el drogadicto del perfil como el nuestro, hay muchos sin techo, sin posibilidades económicas; y luego está el que sí es un drogodependiente con posibilidades económicas que ve mal el perfil que te he comentado antes y ellos no se ven mal. Porque ellos no tienen ningún problema con la adicción. Ellos no tienen ningún problema. Y Eso sí existe.

1: Sobre todo es por eso. Tú me has dicho que los usuarios tenían que cumplir unos requisitos pero en qué grado de exclusión estaban cuando entraron, en qué grado de exclusión están...

E14: Tiene que haber un deterioro del funcionamiento social. Y eso lo marca el trabajador social del CPD. No lo marcamos nosotros. Eso lo hacen mediante una entrevista. Pero no tienen recursos económicos, no tiene un techo donde vivir, hay muchos que viven en la calle... Ahora mismo tenemos muy pocos que estén en la calle. Tenemos dos o tres... Y hay un deterioro del funcionamiento social en cuanto a eso: no tienen recursos económicos, no tienen trabajo, no tienen.

1: Por eso te quiero preguntar. En el fondo, la profundidad del tratamiento: ¿hasta dónde llega cuando las posibilidades o el radio de acción está limitado porque... por ejemplo, ¿qué capacidad tenéis vosotros de intervención social cuando la persona no tiene casa?

E14: Pues se intenta. Se intenta hablar con el tema de lo social. Se apuntan a la lista de espera para una vivienda social. Se habla con los comedores. Se habla con los albergues. Se habla con San Juan de Dios que también tienen cama... e intentamos que esas personas vayan cubriéndose en la red de una normalización. A veces se consigue y a veces no. Es muy difícil. Date cuenta que son personas que llevan viviendo así toda su vida. Y eso requiere de un trabajo importante. Que se hace, eh. Se hace con apoyo, siempre, de los trabajadores sociales del Área Sanitaria de Granada. Y se intenta. Tenemos un caso de gente que vivía en un coche y, ahora, se le arregló su pensión. Y gracias a su pensión pues están viviendo en un piso. Otras personas que han estado viviendo en la calle, ahora viven en una cueva, o viven con... Y se intenta siempre que pasen el menor tiempo posible en la calle.

1: ¿Y es posible mantener una adicción controlada dentro de una estabilidad y dentro de una normalidad social, por decirlo así. Es decir, ¿se puede llegar a mantener que esta gente viva una vida normal pero siguiendo un tratamiento?

E14: Sí. Sí. Lo hace el que toma metadona, ¿no? El que toma metadona lo hace. Date cuenta que esto es un derivado de los opiáceos. Con lo cual, tenemos gente que está trabajando y hace su vida normal. Tenemos gente que tiene sus negocios. Tenemos gente que trabaja en la limpieza. Tenemos gente que trabaja en la obra. Sin ningún problema.

1: Por ejemplo... estoy lanzando unas preguntas rápidas para preguntarte...pero si estás apurado de tiempo...

E14: [gesto de que continúe]

1: ¿Cómo tratáis el tema de las recaídas y de los consumos que están fuera de lo programado?

E14: Aquí no hay consumos programados. O sea, nosotros no tenemos ese tipo de restricciones. Si consumes, consumes. Entonces lo que se hace es un trabajo en equipo. Se hace un Plan de Actuación: "el usuario X ha vuelto a recaer en el consumo de base. O ha recaído en un consumo de "revuelto". O de speedball". Entonces, todos los días se valora al usuario. Todos los días, todos los días se va viendo un cambio de actitud en el usuario: más irritable, con mayor ansiedad, mayores signos de intoxicación en sala... Todo eso se va viendo y, entonces, se va trabajando con el usuario: "qué te pasa. Estás consumiendo más. Vamos a hacer un trabajo de contención. Dinos cuántas veces consumes al día. Vamos a ir reduciendo el consumo..." Y se va interviniendo: "¿necesitas ayuda medicamentosa? ¿Por qué estás consumiendo?". Otros te dicen: "pues estoy pasando un mal

momento”; y por ahí, ya, actúas. O: “porque no puedo dormir”. Otros te dicen que es porque están estreñidos...

1: Sobre todo es por ver el grado de participación y de implicación de la propia persona paciente...

E14: Hay algunos que sí se implican y te dicen lo que consumen. Y otros que intentan siempre disfrazarlo. Y cuando lo intentan disfrazar, como llevamos mucho tiempo, pues intentamos trabajar en esa línea. Porque estamos viendo que hay un cambio. Son como un libro abierto. Si los ves todos los días, al final sabes cuándo recaen. O cuando hay algo que pasa que no es normal. De hecho las valoraciones que se hacen son: “¿tienes mono?, ¿tienes sao?, ¿has consumido?, ¿no has consumido?, ¿cuánto has consumido?, ¿hace cuánto tiempo?”... para ver, un poco, el patrón de consumo de esta persona. Para saber por qué está haciendo ese consumo. Y, al final, casi todos te dicen lo que han consumido. Una vez que salen de la Sala Maravillosa, que es la Sala de Inyección, luego ya te dicen lo que han consumido.

1: ¿SAO?

E14: Síndrome de Abstinencia a Opiáceos. Perdón.

1: Y por qué crees que eso, que a pesar de tenerlo regulado, marcado, accesible, controlado...

E14: Porque le niegas el paso a la Sala de Inyección. Para evitar que le niegues la entrada a la sala.

1: No, pero me refiero a por qué siguen consumiendo otras cosas, base o speedball, cuando, realmente, ellos tienen acceso a ese medicamento.

E14: Pues probablemente, como ya te dije antes, la realidad actual es de policonsumo. No es solo... muy pocos hay que consuman solo opiáceos. En nuestro Centro, en la actualidad, hay 21 personas. 21 usuarios que en un 80% ya no consumen en la calle. Y eso se ve por las analíticas aleatorias que se le hacen. Y hay otros que son policonsumidores. Y consumen base por el efecto que les provoca. Probablemente. Y hay otros que consumían y que han dejado de consumir.

1: La verdad es por lo que te dice la gente por la calle, que te encuentras de casualidad, y te dicen que es el volver a tontear, al me encuentro mal y me busco un complemento, o quiero darme un homenaje... esas cuestiones de cómo...

E14: Sí. Más o menos es eso. Suelen poner esas excusas...

1: ¿Crees que son excusas?

E14: Sí... pueden ser excusas.

1: Y qué crees que puede haber por detrás.

E14: Una adicción importante. A la base. La base es muy adictiva. Y te dicen “que estoy en un mal momento”...

1: Pero vuestro Servicio no está definido para atacar, por decirlo así, a la base

E14: No. Nuestro Servicio... el objetivo es la reducción del daño. Reducción del daño, a lo mejor, significa que esa persona antes de entrar aquí consumía X paquetillas y ahora consume muchísimo menos. Y se busca una estabilidad. Nunca una desintoxicación. No es el objetivo del Servicio. Mucha gente piensa que esto es un servicio de desintoxicación. Y no lo es. Es un programa de mantenimiento con heroína. Es una reducción del daño. Y están en tratamiento puesto que han fracasado en programas de desintoxicación y en programas de metadona.

1: No sería como la última carta, pero sí que podría ser que cuando no funciona...

E14: Sí, bueno. Es un tratamiento de mantenimiento hasta cuando tú quieras. Es decir, tú eliges. Aquí hay varios usuarios que se han quitado y ahora mismo no están ni con metadona. En gran parte pues, probablemente, nos podemos plantear que, también, en este tipo de usuarios este tratamiento les puede venir bien para una desintoxicación. ¿Por qué no? tenemos casos en los cuales...

1: Pero eso es un resultado no previsto, o...

E14: No, no. Cuando se diseñó no se preveía la desintoxicación de los usuarios. No. en ningún momento.

1: ¿Y cómo estáis viendo ese...

E14: Son pocos casos. Son pocos casos. No es representativo.

1: Vale, vale.

Quería preguntarte otra cosa que se me estaba escapando... Dentro de los márgenes que tenéis con la población, dentro del programa, qué proyección les veis y, sobre todo, qué capacidad como sabios, pues ellos son expertos dentro de su... temáticos, qué capacidad veis de que los aprendizajes que ellos mismos tienen, de poder llevarlos más allá para compartirlos... El paciente es simplemente una persona o se ve que pueda llegar a ser un recurso preventivo, como un recurso de apoyo a la captación...

E14: ¿Para otro tipo de personas? Claro que sí.

1: ¿Tenéis un frente abierto en ese campo?

E14: Tienen una asociación. Ellos tienen una asociación la cual, gracias a esa asociación, pues intervienen en jornadas, intervienen...

1: ¿Cuál es la asociación?

E14: Ser Solidario se llama. Es una asociación la cual tiene sus folletos informativos... Ahora está un poquito más parada, pero en su día han estado...

1: ¿Surgió de aquí o ya existía previamente?

E14: No. Surgió de aquí

1: ¿Y cómo fue ese proceso?

E14: En gran parte les ayudó la Escuela de Salud Pública. En gran parte, el apoyo surgió de ahí. También por una necesidad que tenían ellos de agruparse. Date cuenta de que este programa es muy controvertido y gran parte del apoyo que hemos tenido ha sido gracias a la asociación. Ellos tuvieron esa necesidad de agruparse.

1: Y también por esa cuestión de la vulneración. O sea, cuando estamos hablando de drogodependientes, ¿de cuánta vulnerabilidad estamos hablando?

E14: Cuando llegan aquí se sienten como alivios. Puesto que tienen un respaldo, tienen su dosis de heroína. Y ahí empieza su estabilización. Como personas que son. No tienen esa necesidad de depender de algo que les pueda proporcionar ese bienestar. En el momento en que empiezan a estabilizarse, se produce un cambio de actitud y de demanda. Ya no demandan las mismas cosas que demandaban en los inicios. Demandan otra serie de cuestiones. Derechos. Tienen más derechos que

al principio. Son personas que se sienten parte del proyecto. Lo tienen interiorizado, el proyecto. Y, de ahí, surgió la necesidad de agruparse. Hablamos todos los días con el responsable de la asociación. Hablo todos los días de cuáles son las necesidades que tienen, que si necesitan un tablón, que si quieren...

1: O sea, que sí que hay determinados enganches... “estáis aquí pero también hay...” Trabajáis con derivaciones, también hay Emergencias...

E14: Sí.

1: Sobre todo es por eso, realmente, ellos trabajan con el acercamiento de esas personas que parecen yonkis a la realidad...

E14: Ellos también son personas activas en la captación de personas que tienen esa problemática y la traen al Centro. Ellos también son personas importantes para la captación y divulgación de este Servicio.

1: De acuerdo.

Ya finalizando, me gustaría preguntarte si crees que existen grandes tabúes que no se pueden preguntar, o cosas que no se pueden decir, o prácticas que no se pueden realizar en la actualidad en lo que es el debate sobre las drogodependencias y que, bueno, si crees que existe un debate. Si crees que dado el contexto actual en el que nos encontramos, de crisis y de reorganización de los recursos públicos, de redefinición de lo público y lo privado, y de problemáticas sociales y de quiénes son las encargadas de ello...

E14: Sí. Yo creo que puede haber una reestructuración. Evidentemente. Yo te hablo del caso de Andalucía. Andalucía, y es una opinión mía, yo creo que los tratamientos en drogodependencias carecen de muchas... tienen muchas carencias. Sobre todo en las administraciones de metadona. Carece de profesionales. Y no hay un profesional especializado en drogodependencias en Andalucía. Eso se da más en Madrid. En otras zonas. En Andalucía, en la actualidad, los profesionales que estamos especializados en drogodependencias somos los que trabajamos en drogodependencias. Y hay un debate. ¡Claro que hay un debate! Hay un debate importante. Y profundo.

1: ¿En qué términos?

E14: De profesionales y de reestructuración de Servicios. Bajo mi punto de vista. Por ejemplo: el Centro en el que estamos ahora mismo, podría ser un Centro de Referencia con opiáceos. En toda España no hay un centro de referencia que dé los opiáceos como lo hacemos nosotros. Pues se podría apostar por este tipo de centros, ¿no? Que sea un centro de referencia. Que, por ejemplo, la metadona que se da en los centros de salud en cinco minutos pues que la diéramos nosotros que somos un centro experto en esa materia. Y, probablemente, mejorarían. Se ahorraría para la Administración Pública dinero. Daríamos los tratamientos de benzodiacepina. Antiretrovirales [golpe en la mesa], como los estamos dando. Campañas de vacunación...

1: ¿Cómo crees que debería ser la estrategia para posicionar este Recurso como un recurso importante y necesario?

E14: Es una estrategia ardua y complicada. Porque dependemos de la Administración Pública.

1: ¿Desde qué punto de vista: de la financiación o...

E14: De todo. De todo. De decisiones y de financiación. Nosotros dependemos del Público. Del dinero público. Y si no hay dinero, no hay dinero.

1: ¿Y cómo ves la perspectiva a futuro?

E14: Pues es una pregunta que, ahora mismo, es... mmmm... ahora hay unas ficciones de que pueda retomarse un poquito. Pero... estamos siempre igual. Es ya mucho tiempo...

1: Peleando.

E14: Peleando. Son once años y yo creo que ya... creo que es tiempo suficiente para que fuera una alternativa terapéutica en Andalucía. Todavía no lo somos. Somos un uso compasivo. No depende de la Junta, ni depende de nada. Depende de la Agencia Española del Medicamento. Que es la que hace que esto sea un medicamento. No un uso compasivo. Pero bueno .

1: Me llama poderosamente la atención del Uso Compasivo, ¿no?

E14: El nombre del Uso Compasivo.

1: Me gustaría que me lo explicaras un poco...

E14: El Uso Compasivo lo de la Agencia Española del Medicamento. No solo de la diacetilmorfina, sino, por ejemplo, un medicamento experimental. El que tú accedas a ese medicamento de forma experimental es un Uso Compasivo. Es el nombre que ponen: Uso Compasivo del ferronosequé, Uso Compasivo de la diacetilmorfina... No es un medicamento todavía. Está en fase experimental.

1: ¿Qué sería entonces?

E14: Si no es medicina, es...

1: Es algo experimental. Todavía. Y están viendo a ver si tiene resultados. Entonces, para ellos, hay personas que sí están favorecidas por ese Uso Compasivo y, entonces, tienen que darle un nombre. Y es el Uso Compasivo de diacetilmorfina. Para cuando él quiera. Hasta que se muera.

E14: ¿Tú crees que, a lo mejor, ese pendiente, esa lucha en la que estáis en construir, en consolidaros, es el fruto, el resultado, de reflejar esos resultados o de que se vean esos resultados que vosotros tenéis? ¿o no? Porque veo que dices que es un resultado, un medicamento en fase de experimentación... crees que hay un miedo, o un tabú...

1: No. No creo. Porque con la metadona pasó en su día. Yo creo que es, más bien, por el momento actual que hay. Económico. De hecho, había comunidades que querían iniciar este tratamiento en su zona. Y por la situación económica actual no sale nada. Vamos, esa es mi opinión.

E14: Vale. Pues bueno, yo creo que con estas preguntas, en principio, recojo todas mis inquietudes para contigo y, bueno, simplemente, agradecer de nuevo tu disponibilidad y tu tiempo. Si crees que hemos dejado alguna cosa o algo que no hayamos dicho y que sea interesante, desde este punto de vista de la Sociología, de la Intervención de las drogodependencias... pues este es tu espacio por si quieres decir lo que sea... Agradecerte de nuevo.

1: Agradecerte a ti que hayas venido a interesarte por nuestro Servicio y nada más. Espero que esto, tarde o temprano, sea una alternativa terapéutica. Que creo que ya nos lo merecemos. ¡Muchas gracias por venir!

E14: Gracias a ti. Muchas gracias.

CAPTADOR PEPSA E15:

1: Antes de nada, agradecer tu disponibilidad y tu accesibilidad para hacer esta entrevista porque sin ello no sería posible mi trabajo y mi investigación y, bueno, como una forma de romper el hielo y empezar a conversar sobre la realidad que nos ocupa hoy, pues me gustaría preguntarte cómo te llamas y cuál es tu misión, o tu ocupación, dentro de lo que es este proyecto.

E15: Yo Soy M. R. V. Soy técnico de proyectos. He colaborado en el diseño científico del ensayo clínico. Y trabajo dentro de la Escuela en lo que es la línea de investigación con poblaciones excluidas, marginales, drogodependientes, prostitución... En fin, toda una línea de investigación que llevamos ya desde hace quince años y dirigida a mejorar la calidad de vida de personas en situación de exclusión social. Y dentro de esto, el ensayo de heroína que fue el primer ensayo, el único, que se ha hecho en España, se empezó a diseñar en 1992. Y en 2002 se aprobó por el gobierno de la nación y comenzamos en 2003 el ensayo de heroína. El ensayo, en total, han sido 18 meses y bueno, en estos momentos, el ensayo finalizó ya. En estos momentos los pacientes que continúan, digamos que continúan después de hacer el ensayo de heroína, recibiendo la heroína, porque se han acogido a lo que se llama Uso Compasivo. El Uso Compasivo es, una vez que has participado en un ensayo clínico, como medicamento... si se ha visto que ese medicamento ha mejorado tu calidad de vida, por ley, el Gobierno, o quién corresponda, tiene que continuar dándote ese medicamento de por vida. O sea, el medicamento sigue estando ilegalizado para el común de los españoles pero para los que participaron en ese ensayo pues pueden...no pueden, deben de seguir recibiendo esa medicación, esa heroína, mientras que lo necesiten.

Y luego, en lo que fue el diseño del ensayo clínico, mi trabajo ha estado orientado, más bien, a intermediar entre los pacientes y los profesionales del ensayo. O sea que mi trabajo ha sido la captación de los pacientes que iban a participar en el ensayo. Tuvimos que realizar un estudio sobre los 1200 y algo de personas que en Granada se inyectaban heroína en esos momentos, para ver si cumplían los criterios de inclusión y exclusión que menciona el ensayo clínico. Y, entonces, para eso tuvimos que hacer un estudio de la calle, de buscar, uno por uno, a esas personas de esos 1200. De esos 1200, 60 cumplían los criterios de inclusión y exclusión y, una vez que nos pusimos a confirmar que esos datos eran verídicos... pues: haber pasado por 3 tratamientos de metadona y que la metadona no te funcionara... Se quedaron 62 pacientes que cumplían, al cien por cien, y, además, se podía demostrar que podían acceder al ensayo.

De esos 62 pacientes iniciales, el ensayo se aleatorizó por grupos: uno que tomaba metadona y otro que tomaba heroína y, bueno, después de ese periodo de casi año y medio que duró el ensayo, pues me parece que 42 de los 62 son los que pasaron al Uso Compasivo para seguir recibiendo heroína de por vida.

1: ¿Y el resto?

E15: El resto tuvo que volver a su programa de metadona anterior. Y, bueno, ahora creo que hay 28 de aquellos cuarenta y tantos. Y lo único bueno es que si un médico considera que un paciente cumple con las condiciones que se les exigían a aquellos para entrar, se puede pedir la entrada en Uso Compasivo en el proyecto de heroína. Entonces, así han entrado como 7 pacientes más en el último año. Ya se han cumplido los diez primeros años de la gente y, bueno, se han hecho ya las evaluaciones y demás y se ha visto que la heroína prescrita de forma controlada, en un hospital y tal, pues tiene ventajas, muchísimas ventajas. Sobre todo para estos pacientes que ya, por decirlo de alguna forma, no tienen, no tienen, no tienen solución. ¿Me entiendes? O que están enfermos... Porque las condiciones para entrar en el ensayo pues que hubieran entrado en prisión en alguna ocasión, tener hepatitis, tener VIH... O sea que eran pacientes muy extremos. Físicamente y psicológicamente, ¿no?

Entonces, todo esto, a día de hoy, estas evaluaciones que se han hecho pues están mucho mejor, han normalizado sus vidas... Y, bueno, están viniendo... Hoy es lunes. Hoy vendrán. Y los miércoles. A un

grupo de ejercicio físico para reducir la dosis de heroína que están tomando. Son ejercicios físicos para producir endorfinas naturales y, de esa manera, procurar que la dosis que se están tomando pueda ir disminuyendo. Y aunque el objetivo de esto no es quitar a la gente, la idea no es dejar la dosis de heroína que están tomando, pero estamos haciendo unos proyectos con la idea de que ellos puedan ir bajando la dosis hasta una cantidad, digamos, más controlable. Y han bajado, en total y desde que se inició el ensayo hasta ahora pues cerca de un 30% las dosis de heroína.

Y, bueno, eso es, más o menos, mi trabajo. Era mi trabajo: captar, hacer de intermediario, hacer seguimiento pero más cercano, más psicosocial que médico. Porque para eso ya había otros equipos. Y perseguirlos. Porque hay gente que no, que era muy difícil que se adhirieran a un ensayo. Porque cuando parece que dices: “damos heroína”; parece que va a haber miles de personas, pero a la hora de la verdad no hay tanta gente. Porque la rigurosidad de las condiciones que se exigen...o sea, una persona que está en el ensayo tiene que cumplir con unas normas, tiene que... tan exigentes que más que pedirle que... más que darle la heroína parece que se le está pidiendo un cambio en su vida. Se le va a dar la heroína pero tienen que cambiar casi obligatoriamente porque se le exige una serie de horarios, de normas... O sea, es como, casi, casi... antes de que comiencen a consumir heroína ya tienen que cambiar muchas cosas de su vida. Y eso no todo el mundo lo puede hacer con facilidad. Entonces es uno de los motivos por los que mucha gente que podría estar en el ensayo de heroína no está. Porque se exigen unas exigencias muy altas. Y eso provoca mucho abandono.

1: y esas exigencias, ¿vienen dadas por el propio perfil o por la propia necesidad de garantizar las condiciones del ensayo?

E15: No, no. La Agencia Española del Medicamento cuando tú presentas un protocolo de ensayo clínico, y más con medicamentos, pues existen unas condiciones que ellos te van marcando. Entonces, esas condiciones, en función del tipo de medicamento que se va a dar, y más en este caso que era heroína, pues eran súper estrictas. Entonces, para poder darle el Ok a los pacientes, pues casi que tenían que convertirse en San Paciente, ¿no? O sea, en personas súper responsables... O sea, salir de la calle y entrar en un mundo de control; que ni siquiera se hacen para otros tipos de ensayos clínicos, de cáncer o de tal... Pero en este caso, la Agencia Española del Medicamento tenía miedo a que esto fuera una forma de que la gente tomara heroína gratuitamente y tal... En fin, muchos prejuicios. Que han sido todos aclarados en las evaluaciones que hemos ido haciendo a lo largo de los años en los que se ha visto que nada de lo que ellos creían... y, sobre todo, porque en otros países que se han hecho los ensayos con heroína se ha visto que la gente... que ¡vamos!, que no es cómodo entrar en un ensayo de heroína. Que es un poco... si vas a contar con el medicamento... que tú estás, vamos a decir, deshaciendo tu vida para tener todos los días 200 euros, pero, a cambio, vas a tener que cumplir con tanta normativa.... Y en la Agencia Española, y en Europa, porque el tema de los ensayos clínicos viene dictaminado por la Unión Europea, te pone una normativa muy, muy exigente. Tanto que, ya te digo, mucha gente podría entrar pero no puede porque, por ejemplo, no han entrado en prisión nada más que una vez y tenían que haberlo hecho tres veces. En fin, chorradas de este tipo que han Hecho que se dificulte mucho la entrada, ¿no?

1: Hay o veo que marcas tres momentos, ¿no?: la captación, la negociación de lo que es el acuerdo de itinerario y, luego, lo que es el seguimiento psicosocial.

E15: La primera fase fue un estudio previo de Granada para ubicar en las distintas zonas a todos los drogodependientes que se inyectaban. Un estudio de localización de los inyectados. Eso fue la primera fase: saber dónde íbamos a encontrar a la gente. Una segunda fase, que fue contactar con ellos y empezar a ponerles pruebas para confirmar todos los datos que nos habían dado de forma, vamos a decir, sin ningún rigor. Y esa sería la segunda fase. La tercera, ya sería el comienzo del ensayo y una vez comenzado el ensayo, pues, dentro de lo que es el diseño, pues lleva, cada tres meses, valoraciones, cada seis meses... y de esa manera, pues hasta la finalización del ensayo.... A la que pasamos ya al Uso Compasivo. Que es la situación actual [cuarta fase]. O sea, sería: estudio de la

zona, captación, inicio del ensayo y Uso Compasivo. Serían como cuatro etapas las que se han seguido a lo largo de este tiempo.

1: Viendo la línea, veo que los perfiles, con lo que tú dices, son de casos muy extremos dentro de la situación que ellos marcan del perfil que tiene que ser y, bueno, me gustaría verlo que más que el final del camino es, más bien, un uso compasivo. Me gustaría saber si los resultados que habéis obtenido, si la gente realmente ha obtenido una deshabituación del consumo o, simplemente, están dentro de esa fase de “poquito a poco” todavía siguen... O sea, un poco cómo han sido los resultados respecto a las personas con su propio problema.

E15: Sí. El objetivo de los ensayos con heroína no es que la gente abandone el consumo, simplemente es mejorar su calidad de vida. O sea, cuando tú propones...o cuando una persona viene al ensayo, no viene pensando que va a entrar en un centro de desintoxicación. Aquí no va a desintoxicarse. Aquí lo que va a hacer es tomar la medicación, en este caso la heroína, de forma controlada y, paralelamente, se va a hacerle un seguimiento de todas sus enfermedades infecciosas. O sea, se va a abordar de forma global su estado psíquico, físico, laboral... en fin, se va a intentar que dentro de.... O sea, que no sea solo la heroína el único factor que entra en la ecuación, sino que, además, su calidad de vida general mejore.

Entonces, como el objetivo de esta historia con heroína no es que la gente abandone...o sea, que, aquí, en lo que consiste la historia es que la gente mejore su vida, pues si alguien baja de dosis, pues bueno, vamos a decir que es un factor complementario. Pero no el objetivo. Por ejemplo, esto que estamos haciendo ahora del ejercicio físico para producir endorfinas naturales y que la gente pueda bajar 5mg o 6mg o lo que pueda bajar, ¿entiendes?... pues es algo complementario, pero no es el objetivo del ensayo. O sea, el objetivo del ensayo es ver si la heroína es un buen medicamento para dejar de....vamos a decirlo así... para que todos los efectos secundarios que produce la heroína en el organismo dejen de producirse. Por ejemplo: sobredosis, la toma de heroína en mal estado, su calidad de vida, el poder tener acceso a... o sea, “sí. Está tomando heroína pero puede llevar una vida normalizada”.... Y en todo eso, en todas las evaluaciones que hemos hecho, pues casi que el 95% han progresado. Incluso, uno de los factores que se consideraba que, bueno, al pasar el tiempo y la heroína al ser un producto adictivo, pues que [las personas] iban a necesitar más para conseguir los mismos efectos, ¿no?

1: Tolerancia...

E15: Pues hemos hecho proyectos que bajando y subiendo la dosis, las personas se mantienen estables e, incluso, bajan. O sea que si tú empiezas tomando 100 mg de heroína dos veces al día, casi un cuarto de gramo al día, teóricamente según todos los estudios al cabo de cinco años tomaría el doble. Pero hay algunas estrategias, como esta que te digo de bajar-subir, bajar-subir en pequeñas cantidades, que hacen que, al final, pues que en el caso nuestro, casi el 30% de la heroína que tomaba la gente al principio no la toma ahora. Alguien que tomaba 300 mg al principio y ahora está tomando 200 mg. O sea, que deja de tomar pero vamos que no es el objetivo. El objetivo es mejorar su calidad de vida: procurar que haya menos fallecimientos, mejorar su situación social y familiar... Y todas las evaluaciones que hemos hecho han confirmado la hipótesis que planteábamos en el diseño que se hizo del ensayo.

1: Y, por registrarla, ¿cuál sería?

E15: ¿El qué?

1: La hipótesis.

E15: La hipótesis que nosotros planteamos es una hipótesis larga. O sea, vamos a decir que... La básica es que la heroína prescrita de forma regulada y dentro de un ambiente, vamos a decir,

controlado, médico, con apoyo psicosocial, con apoyo psiquiátrico... o sea, con un abordaje integral, da mejores resultados que la metadona. O sea, coges la metadona...se ha visto que para determinados pacientes da lugar a un fracaso, no responde a las expectativas; mientras que la heroína sí que hemos visto que esas mismas personas si en vez de tomar metadona, o si han fracasado en metadona, pasan a consumir heroína... Esa hipótesis de que va a mejorar en su estado psíquico, físico, mental, de trabajo, de relaciones familiares... O sea, toda esa hipótesis se ve confirmada con la heroína y no con la metadona. Entonces, esa es la hipótesis de la investigación: demostrar que la heroína da mejores resultados en pacientes que están ya en situación muy extrema.

1: Pacientes de larga duración y demás, ¿no?

E15: Sí. Eran pacientes que estaban hechos polvo. Pues la heroína mejora su calidad de vida en otros parámetros que no lo hace la metadona. Esa es, un poco, la hipótesis de la investigación. Pero bueno, eso está en el protocolo del ensayo clínico y eso lo puedes encontrar...

1: Sí, sí. Si es sobre todo por registrarlo.

E15: Sí. Lo puedes encontrar en cualquier... en google...

1: Sí, sí. Me metí en la página de la EASP...

E15: Sí. Hay una página web dedicada al ensayo y ahí vienen todos los artículos...

1: Sí, sí. Estuve cotilleando un poco y vi que tenéis una fuente de artículos de experiencia en Francia, Reino Unido... así, más o menos, lo tengo un poquito controlado.

E15: Y, bueno, más o menos, esa es la hipótesis.

1: Vale. Respecto a lo que es el estudio y la captación, pues me gustaría saber qué aspectos más significativos has visto a la hora de identificar esa población determinada, con un perfil muy específico, y cómo se ha producido. Es decir, qué elementos más llamativos has encontrado en esos dos primeros momentos...

E15: ¿Para la captación dices?

1: Sí, tanto en el estudio: saber dónde están y ver quiénes son, y saber cómo llegarles, cómo entenderlos, cómo ellos mismos veían...

E15: Sí. Lo primero es que si ya de por sí buscar muestras para ensayos clínicos es muy difícil... o sea, porque la gente que participa en un ensayo clínico o en un hospital... es el médico el que le propone al paciente "oye tengo un nuevo medicamento. Tienes cáncer y estás tomando tal cosa. Vamos a probar, ¿quieres participar en un ensayo clínico para otro medicamento?" Normalmente la gente dice que sí. Porque piensa "bueno si lo que estoy tomando no me hace nada y esto que me está proponiendo me hace algo..."; pero en el caso de la heroína no teníamos un precedente. Y tampoco teníamos la relación médico-paciente típica en la que el paciente llega a una consulta y el médico le dice "oye que vamos a hacer un ensayo con heroína". O sea, aquí estamos hablando de pacientes de la calle que no suelen tomar contacto con los sistemas públicos, o privados... Están ajenos a todos los dispositivos. Entonces, el problema era doble: por un lado, localizarlos y saber quiénes son porque tampoco es fácil; y, por otro lado, abordarlos. O sea, empezar a contactar con ellos.

Para saber cómo son, nosotros utilizamos una estrategia de trabajo entre iguales. El Peer Group. Que es, simplemente, partir de una pequeña muestra de drogodependientes, formados por nosotros para esta tarea, pues tirando, tirando, tirando, pues llegar a conformar lo que sería la muestra general. Si

nosotros tenemos aquí tres pacientes que están dentro de esto de la heroína, ¿entiendes?, y a partir de estos tres primeros lo que queremos es llegar a los 1200 que se suponen que...

1: ¿Una bola de nieve?

E15: Exactamente. Una progresión de bola de nieve. Empezamos con los tres, cada uno de ellos nos va a llevar a otros tres, o cuatro; a partir de estos cuatro podemos llegar a otros cuatro por cada uno y, así, de esta manera, podemos llegar a lo que se considera una N o una muestra representativa o que, en principio, consideramos que puede avalar la hipótesis. ¡Claro!: ¿qué problema hay? Nosotros estamos, queremos llegar a una N que es muy difícil de llegar. Entonces, nosotros, nos quedamos en 62 pacientes de los 1200 que había en Granada. Entonces la cuestión es cómo estimar que esos 62 pacientes representan a estos 1200, ¿entiendes? Pues ya todo el proceso estadístico y demás, los instrumentos de valoración que hemos utilizado.... Que están diseñados para muestras de población de este tipo: si en Granada hay 2000 ciegos y quieres hacer un estudio de los ciegos de Granada, posiblemente, con que entrevistes a cincuenta ciegos pues ya tienes una, vamos a decir, una representatividad del grupo. Sin embargo, en otros tipos de enfermedades raras o difíciles, a lo mejor cincuenta no te representan... Entonces, la cuestión era buscar una muestra que fuera representativa para que una vez que tuviéramos los resultados éstos fueran representativos. O que sus resultados, más o menos, tuvieran que ver o fueran extrapolables al total de la población.

Entonces, el proceso de bola de nieve y la estrategia de grupos de iguales... y los informadores clave, personas conocedoras de ese mundo, en ese tipo de proyectos como por ejemplo también en inmigrantes ilegales... o sea hay unas poblaciones con las que el abordaje directo es imposible. Entonces hay que buscar personas representativas, líderes de sus mundos concretos, o sea gente que tenga una influencia como para decir o para llegar hablar con cuatro [personas] y que esos cuatro le escuchen porque el tío tiene una ascendencia... Y esa es la estrategia que utilizamos para llegar a tener una N que fuera suficientemente representativa de lo que queríamos conseguir. Más o menos. Con eso hemos tenido problemas, precisamente, porque para ellos esta N de 62 personas, estadísticamente, según ellos, pues no es, según... hablo de algunas de la Agencias que dan validez a algunos ensayos clínicos, ¿no? En el mundo o a nivel de publicaciones. Cuando alguien publica algo pues alguien dice "pues sí. Aquí hay que dejar claro que el número N que hay no es representativo". Eso hace que la publicación va a ser más difícil. Porque la publicación no va a tener tanta validez.

1: Sí. No puede ser extrapolable o generalizable.

E15: Sí. Va a bajar la validez empírica del ensayo. O interna del ensayo. Pues eso hace que tengas que buscar una N más alta [sonido del entrevistado subrayando con un lápiz para dar reforzar lo dicho]. Pero, ¡claro!, es muy difícil de conseguir con unas condiciones tan estrictas, tan leoninas y tan rígidas. Porque el problema no era no tener más gente, el problema es que se les pedía demasiadas cosas. Entonces, claro, a la vez...

1: Sí. Una exigencia cualitativa, ponen un freno cuantitativo que, a la vez, pone en duda la cualidad del propio proyecto, ¿no?

E15: Siii, bueno, que era muy difícil. Era muy difícil de conseguir que pudieran tener acceso... Aunque, nosotros, llegamos a hacer un mapa de Granada de dónde estaban esas 1200 personas.

1: ¿Y dónde se concentraba la mayoría?

E15: Pues lo hicimos por barrios, por zonas y dentro de cada barrio se hizo, se hicieron, un estudio de bola de nieve. Y dentro de cada barrio buscábamos a tres o cuatro personas representativas, o sea drogodependientes pero que casi fueran como trabajadores para el ensayo, ¿no? Entonces ellos fueron los que nos abrieron el camino para conformar los grupos. Luego, ya una vez hechos los mapas de población de la ciudad, pues abordar a cada uno de ellos. Que ahí vino otra fase

complicada porque no a todo el mundo le apetece contar su historia. Y, sobre todo, los que no tienen interés entrar en el ensayo. Que también tienes que tener información de ellos.

1: Sí. O sea que ya hay gente que no quiere...

E15: No. Sí. Hay gente que prefiere seguir buscando la heroína por su cuenta a estar a “sí. Te van a dar dos veces al día la heroína. Que tal y que cual. Pero para eso vas a tener que estar como un soldado”. Entonces es gente que prefiere estar a su historia. Y eso hace que baje la facilidad o el acceso rápido. ¿Entiendes?

1: Me gustaría saber la relación entre la captación, que es eso que cuando llegas y se entera la gente y como esa gente se interesa, y cómo, realmente, se dan esos pasos. Es decir, cómo es la firma o la aceptación de la entrada dentro de este ensayo.

E15: Ajá. Todo ensayo clínico tiene un documento que se llama Consentimiento Informado. Un documento que tú tienes que firmar... O sea, tú, para participar, no sólo en el ensayo, sino en los pasos previos al ensayo, las normativas legales dicen que tienes que ir firmando que aceptas cada uno de los pasos que vas a ir dando. Si dice, por ejemplo, que te garantiza la confidencialidad, una serie de condiciones... todo eso tiene que estar reflejado en un documento que es el documento que une a las dos partes. O sea, como un contrato. Un acuerdo en el que se menciona a qué se compromete uno y a qué se compromete otro. Y también en caso de incumplimiento qué pasa. O sea, qué puedes perder si no cumples una vez que ya has iniciado. Entonces, el Consentimiento Informado es uno de los documentos clave en un ensayo clínico, ¿no? Eso para los pacientes. Luego está el Manual del Investigador, para médicos y participantes investigadores donde se comprometen desde una perspectiva ética, moral, científica... a cumplir, a que no sean conejillos de indias. Sino que tú te comprometes... es como eso que te he dicho del Uso Compasivo. O sea que a pesar que en el futuro el ensayo finaliza no te pueden “echar a la calle” diciendo que esto finaliza. O “te ha sentado muy bien la heroína pero a partir de mañana ya no la vas a tomar más”. Eso no puede ser.

1: Y ese mantenimiento del Uso Compasivo es siempre a través de la EASP?

E15: No, No, no. Ahora... Nosotros, después de hacer el ensayo clínico hemos seguido y seguimos haciendo cosas como estas que te estoy diciendo de este proyecto que tenemos ahora... Hacemos colaboraciones pero nuestro papel, que era hacer el ensayo clínico, acabó. Entonces, simplemente, tenemos la custodia de los documentos que, por ley, debes mantenerlos durante quince años. Tenemos acceso a toda la documentación de lo que se va haciendo pero lo que es la relación con el Centro, en el día a día, es ya el Director [del PEPSA].

¿Tienes su teléfono y demás?

1: Sí, sí.

E15: Pues es un Órgano dependiente de la Junta de Andalucía que funciona con sus propias características, ya sin tantas exigencias como al principio, y sin que nosotros tengamos una relación de qu...

1: Sí. Digamos que ha habido una cierta voluntad de caminar juntos pero ahora...

E15: No, no. Los ensayos clínicos se hacen de una forma en la que quien promueve el ensayo, los técnicos o los científicos que van a hacer el ensayo clínico, controlan el ensayo. Los médicos y demás lo que hacen es apoyar el ensayo clínico. Cuando finaliza un ensayo clínico, los que promueven ese ensayo, pasan a un segundo término y pasa a ser lo que la Administración quiera que sea: o bien que se acabe y que vuelvan todos a tomar metadona o bien que, como en este caso, entren en Uso Compasivo. Entonces, ya eso es un Centro, que es el mismo donde se hizo el ensayo, pero que

depende ya, a efectos administrativos y demás, de la Junta de Andalucía y el SAS, el Servicio Andaluz de Salud.

1: Y el Uso Compasivo ha sido, no por decirlo así, no un subterfugio pero sí una fórmula para...

E15: Ha sido una solución para esas 62 personas. E, indirectamente, hemos conseguido que entren más. Porque, en principio, el Uso Compasivo está planteado sólo para los pacientes del ensayo clínico. Pero a base de mete la caña y de dar la vara, pues conseguimos que cualquier persona que cumpla con las mismas características que los que están ya puedan entrar. Pero sí que hay países que una vez se acaba el ensayo se acabó todo. Aquí lo hemos conseguido y como la legislación lo estipula claramente, “puedes agarrarte al Uso Compasivo”, pues fue como una solución de darle una salida a estas personas a las que le había ido muy bien la heroína. Pero no hemos conseguido el objetivo que nos proponíamos, que era que la heroína formara parte de abanico terapéutico que tuvieran los médicos que tratan la droga dentro de los servicios que hay como, por ejemplo, de metadona, comunidades terapéuticas, como otros centros... pues la heroína como otra alternativa. Aquí eso no se ha conseguido. La heroína sigue siendo ilegal. Y medicamente ilegal. Lo que pasa es que nos agarramos a esa salida del Uso Compasivo casi, casi, de trampeo. Pero no era lo que buscábamos.

1: ¿Crees que estos estudios pueden servir a desmitificar y a bajar esta imagen que se tiene de la heroína y la drogodependencia? Sobre todo relacionándolo con la delincuencia y la enfermedad que suelen ser esos pilares del estigma.

E15: Hombre, de hecho, la difusión de todos los resultados que se han ido dando en el ensayo desde el principio, estamos hablando de doce años, pues ha servido para, primero, para cambiar la imagen del drogodependiente hecho polvo... En fin, hemos cambiado imágenes, hemos cambiado estereotipos, hemos cambiado...

1: Pero desde el punto de vista del paciente al drogodependiente o el drogodependiente hacia sí mismo...

E15: En todo. Los pacientes han visto que su problema es una enfermedad. No es un vicio. Aunque tenga un componente de adicción y de vicio. Pero lo han visto como una enfermedad y eso les ha hecho reconocerse como enfermos. Eso le hace cambiar y tomarse su situación desde otra perspectiva mucho más normalizada.

Luego la familia, al ver que su hijo se está tratando en un hospital pues hace que respeten más a ese paciente que lo han visto como que era un chorizo que para lo único que servía era para robar y para amargarle la vida a toda la familia.

A nivel judicial, lo mismo. Aquí se llegó a acuerdos con los jueces para que todos los pacientes que estuvieran en el ensayo no se les metiera en la cárcel si estaban cumpliendo con el ensayo.

O sea, ha servido para quitar cargas y ver a los pacientes no como se les veía antes, sino como se les ve ahora, por lo menos en Granada y en ambientes más profesionales, se ha visto que es un problema médico, que tiene una solución que no tiene que ser dejar de consumir precisamente. Igual que personas que tienen una enfermedad y toman una medicación. Pues esto es lo mismo: tienen que tomar una medicación de por vida pero pueden llevar una vida normalizada. Entonces, eso hace que esta gente pues se vean a sí mismos con mucha más autoestima. Y eso, a base de artículos de prensa, de reportajes de televisión, pues la gente ha ido viendo que esto es un problema médico independientemente que pueda haber gente que no tenga solución ni con heroína porque la heroína no le mejora la calidad de vida porque el deterioro que tienen es tan mayúsculo que es muy difícil que puedan dar un retroceso.

1: Brevemente, para no ocuparte más tiempo, ¿habéis encontrado resultados que no esperabais y que os parecieran evidentes? Por ejemplo, os habéis concentrado en la importancia de la cuestión médica pero si, realmente, en lo que son las variables sociales, o psicosociales, habéis visto que a través de esto pues como, por ejemplo, la autoestima ha servido para reforzar su comunidad, su espacio,...

E15: Mmmm, ya... Más que toparnos con resultados no esperados, lo que hemos hecho ha sido demostrar que determinadas hipótesis que nosotros intuíamos, porque son muchas las personas que llevan estudiando este tema muchos años, pues se han podido demostrar.

1: ¿Cuáles por ejemplo?

E15: Como por ejemplo que la relación entre delincuencia y droga es altísima. Pero esto siempre se ha dicho, ¿no? Que los drogodependientes eran los que más robaban, los que más que tal y que cual...pero no había ningún estudio que se hubiera hecho para demostrar científicamente que era así. Y en nuestro caso bajo en un 70%. Los mismos pacientes que participaron, los tres años cometieron un 70% más de delitos que una vez que comenzaron el ensayo. O sea, eso se demostró. Otra fue la normalización social, familiar. Pues todas esas cosas mucha gente decía “¿Cómo? Si van a seguir tomando heroína”. Pues se vio que una sustancia que se da de forma de forma reglada y de forma correcta, aunque sea heroína, pues permite que esas personas puedan llevar una vida normal. Que es llevar una familia, trabajar normalmente, poder hacer frente a sus responsabilidades. O sea que no es la heroína la que en sí hacía que estas personas fallaran, sino todo lo que necesitaban para conseguir la heroína. Por el precio, el coste, el tener que robar, el tener que llevar una vida...en fin... Y desde todos los ámbitos, todas las hipótesis que planteábamos se pudieron demostrar.

¿Qué te puedo poner de ejemplo? Pues desde pensar, por ejemplo, que esta gente iba a tener necesidad de tomar cada vez más heroína. Que eso también se decía, “es que van a empezar con 300 mg pero cuando lleven diez años van a necesitar un gramo”. Pues se ha demostrado que no es así. Al revés. Que si tomaban 300, ahora toman 200. O sea, son pequeños detalles que tienen relación con, un poco, los fantasmas y con la visión que hemos tenido siempre del drogodependiente como bicho que no tenía solución. Pero hemos visto que tenían solución. Que es está. Y, bueno, ahora mismo, lo que se está intentando en otros países es que pase a ser y formar parte de lo que es la oferta terapéutica normalizada.

1: Eso es lo que te quería preguntar, ¿no?, si en ese mundo de tinieblas que es todo el desconocimiento que hay sobre todos los posibles itinerarios o las formas de actuar con la gente, cuánta luz está arrojando para poder llevar o extrapolar vuestra práctica, o ensayo, a esos modelos o a esos espacios ya constituidos como puede ser un Centro de drogodependientes. O sea, ¿de qué forma el ensayo clínico con personas con un perfil muy extremo y a los que se les administra una determinada sustancia puede servir a otras personas que no estén en un perfil tan extremo? Y en vez de plantear un sustitutivo como la metadona, se podría plantear esta propuesta. O sea, cuál es la predisposición de las agencias y de las instituciones y demás organismos a...

E15: El problema es que la heroína sigue siendo vista como una droga. Solo como una droga. Al igual que, poco a poco, la marihuana se está utilizando con fines terapéuticos y eso parece que se está aceptando... Con la heroína, no hay tu tía. Ahí la JIFE, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, considera la heroína como una droga mortal. Y, entonces, se está teniendo que demostrar que lo que es una droga mortal también responde de forma positiva para un grupo muy concreto. Siempre dejando claro eso, que es para un grupo muy concreto. No es para todo el mundo. Entonces, ya se ha demostrado, ya se ha más que validado, porque llevamos ocho ensayos clínicos, me parece, en seis países. O sea, que ya se ha demostrado. El problema es que como se sigue viendo a la heroína como una droga y no como un medicamento, sino como una droga dura, pues por mucho que tú quieras que pase a formar parte del abanico terapéutica si no hay voluntad política, no hay

nada. Y, entonces, la cuestión es que te quedas..." sí. Ya lo has demostrado. Ya se han visto los resultados. De hecho ahí están todos los artículos escritos diciendo lo que ha ocurrido no solo aquí, sino en todos los países. Pero, si al final del todo, cuando tú quieres y vistos los estudios en los que la heroína tiene unos resultados positivos, pues la segunda fase, como ocurre en Holanda, o en Alemania... "vamos a utilizar la heroína como un medicamento". Entonces, es ahí donde está el reto ahora. O sea, hemos pasado de la fase en que hemos estado quince o veinte años demostrando que la heroína podía ser una solución a, ahora, intentar que además de ser una solución pase a ser una solución. Un recurso. Al igual que la morfina es útil para enfermos terminales de cáncer. Y en eso también ha habido gente que no lo ha visto claro y médicos que no lo prescribían porque pensaban que recetar heroína era "bueno"...

[Entra un compañero y se para la grabación para que puedan hablar tranquilamente. Una vez finalizada la conversación, continuamos con la entrevista]

1: Bueno, pues me estabas comentando la relación y la significación que tiene la heroína entre droga y fármaco, o medicina. Y me gustaría saber cuánto es de sutil o de evidente para ti la línea que separa esas dos cuestiones: o remedio y medicina o veneno y droga.

E15: No. No se trata de una cuestión de decir "de aquí y hasta aquí es medicina y de aquí para acá es una droga". Sino que es más bien quien utiliza, es como todo, quien utiliza esa sustancia, ¿con qué fin la utiliza? Si tú quieres usar, por ejemplo, el metasedin, que es clorhidrato de morfina, para drogarte, como mucha gente hace, que utiliza medicamentos legalizados para colocarse, pues lo puedes utilizar. O sea que el uso que se le da al producto es la diferencia. Pero no hay un margen para que digas de aquí a aquí. No podemos decir "la heroína tiene un 40% de medicamento y un 60% de droga". Es un 100% de droga y es un 100% de medicamento. Siempre que se utilice correctamente. El THC de la marihuana, ¿cuánto es de droga y cuánto de medicamento? O, ¿cuánto tiene de diversión y cuánto tiene de droga? Pues si lo utilizas porque tienes dolores y te viene bien, pues lo estás utilizando un 100% para ese fin. Que resulta que lo utilizas para colocarte, pues lo estás utilizando un 100% para colocarte. No lo estás utilizando como un medicamento. O sea, es el uso que se le da a la sustancia y los pasos que tienes que dar para conseguir la sustancia. El problema de la droga no es la droga en sí, sino qué tienes que armar para conseguir la droga. Si para conseguir la droga tienes que matar pues, evidentemente, la droga es un camino para el homicidio o para el asesinato. He conocido a gente que ha muerto trapeando con drogas. Pues ese objetivo, al 100%, de ese producto, en esa persona, es que lo mató. Pero, sin embargo, a esta gente de aquí abajo [se refiere al gimnasio que hay en las plantas inferiores del edificio de la EASP donde tiene lugar la entrevista] pues, 95%, les ha salvado la vida. Porque han pasado de un estado de deterioro absoluto a un estado de control.

1: Refleja esa doble dimensión, ¿no?

E15: Es el uso. Exactamente. Es el uso que le das y cómo lo enfocas ese uso.

¿Era más o menos eso...?

1: Sí, sí. Me gustaría hacerte una pregunta más y dejarte tu espacio por si quieres añadir alguna cosa.

¿Crees que existe un auténtico debate o la posibilidad de asentar un debate sobre todas estas cuestiones como qué es la drogodependencia, los métodos y los modelos para su abordaje y el tipo de perspectiva construida... O si crees que existen ciertos límites o que si, realmente, no se puede llegar a una apertura total, desde el punto de vista sociológico del debate y la construcción de propuesta?

E15: La cuestión es que si el Estado de una sociedad es la que te da o la que te posibilita hacer unas cosas u otras. Si en vez de estar en España estuviéramos en Finlandia o en Noruega, posiblemente

nos podríamos plantear cosas. Pero resulta que estamos en un país que está empobrecido, que no tiene un duro, y si en nuestra época ya era complicado hacer un ensayo como este porque podía parecer que era para poca gente y que la inversión es demasiado alta para un beneficio demasiado pequeño, pues resulta que el problema es la actitud política y social hacia una temática. Hace doce años, posiblemente a raíz del ensayo de la heroína, se creó un debate. Pero en el momento en que las circunstancias dan lugar a que... vamos, que si no hay dinero, posiblemente, no haya dinero para heroína antes que para otras cosas. ¿Por qué? Porque como aquí todo se base en la búsqueda de la rentabilidad....pues poca rentabilidad tienen 1000 chavales con un problema..., ¿entiendes? Me refiero a ahora. Hace once años podían tener más interés para mucha más gente. O sea, que yo creo que es la situación y el estado social... como el tema de la dependencia: si antes no era importante, imagínate ahora. Lo que quieren es cargárselo. ¿Por qué? Porque no entra dentro de su filosofía de vida o su forma de plantear el reparto homogéneo de lo que hay. Y en nuestra situación actual el beneficio está relacionado con el interés, con lo que a mí me da de beneficio; o sea que yo hago eso si con esto saco algo.

El problema no es si hay debate. Ya lo ha habido. Y un debate es muy interesante. El problema es que políticamente que es desde dónde salen, más o menos, los temas pues si no hay voluntad, pues no hay debate. Porque te puedes poner a hablar con las paredes dos horas que poco vas a acabar debatiendo. O sea, es la situación social y la situación económica de un país las que favorecen o evitan que tú puedas proponer debates, vamos a decir, de altura. Pero claro, como una cosa está relacionada con la otra, pues si no hay dinero, menos va a haber para esta gente. No es que no haya debate, es que no se dan las circunstancias para que haya un debate.

1: Bueno, pues por mi parte agradecer de nuevo tu tiempo.

E15: Entonces, ¿vas a ir a ver al director?

1: Mañana, mañana. Para hoy tengo planificadas otras entrevistas y mañana voy al otro lado.

E15: Vale.

1: De nuevo, gracias.

E15: Gracias a ti.

ENFERMERA PEPSA E16:

1: Para empezar, me gustaría que te presentes, que me expliques quién eres y cual es tu función dentro de PEPSA.

E16: Soy A, soy enfermera, trabajo de enfermera aquí en el PEPSA. Yo provengo de Madrid, de Alcalá de Henares, que es dónde yo estudié y donde yo ejecuté mis funciones de enfermera cuando terminé la carrera, pues durante los tres primeros años. Luego me surgió la posibilidad de venirme al proyecto de investigación PEPSA, el cual me resultó muy atractivo. Hice las entrevistas, todo lo que era el protocolo inicial de selección de personal, y me seleccionaron. Y me vine a aquí a empezar este proyecto pionero aquí en España, único en España, hay que decirlo porque no hay otro centro de estas características a nivel nacional. Y bueno, me preguntas por mis funciones...pues funciones de enfermera. Enfermera es el cuidado a la persona, pero más allá de ese cuidado que damos...no somos pinchaculos, lo quiero dejar muy claro, no somos *pinchavenas*, eso es otra función, una entre muchas otras. Hacemos muchísimas cosas más, la interacción con el paciente aquí en el PEPSA es imprescindible, es fundamental. Esa interacción directa que tenemos con ellos, con estas personas usuarias del centro, conlleva lo que es más allá de la relación, la comunicación y el diálogo constante

con ellos. El concepto humanista que tiene mi profesión va mucho encaminada a la relación social, con las personas. Y con esta población en especial, personas con problemas de drogodependencia, personas que han sufrido marginación, exclusión social en la calle, sus problemas derivados del uso de [sustancia] ilegal, otro tipo de politoxicomanías; recordemos que no solamente son consumidores de heroína, también de benzodicepinas, de alcohol, cocaína, etc. Pues hace que todo ese tinglado nos lo hayamos traído aquí a este centro, y estamos trabajando con ellos para cambiar esa,...en fin, tratar de cambiar esa...ese venir de la marginalidad y de la exclusión social a una normalización de su vida, por medio de un tratamiento con diacepilmorfina (que es la heroína, pero no la heroína ilegal de la calle, que quede claro), para normalizar su situación, su vida, y mejorar su calidad de vida a los niveles posibles.

1: Dentro de esa construcción o esa relación paciente-enfermera, me gustaría saber ¿cómo es? ¿Qué diferencias hay respecto a las otras? Y ¿cómo has tenido que especializarte más allá de lo que tú entiendes como tu propia práctica como enfermera, en esas cuestiones que dices tú mucho más sociales, de acogida, de comprensión...?

E16: Evidentemente comenzamos con un pensamiento diferente a lo que sería una urgencia hospitalaria, una planta de hospitalización, un centro sanitario, un centro de salud comunitaria convencional. Esto es algo totalmente...como un mundo aparte, vaya. Evidentemente tenemos que partir de la raíz de que estas personas son consumidoras, que tienen sus adicciones, y que no las van a abandonar en un corto período de tiempo, si es que las abandonan. Tenemos que comprender que esa adicción sigue, evidentemente aquí en este centro la vía intravenosa sigue, no tiene que ser ningún tipo de problemática ni de estigmatización hacia el usuario; ni que los consumos externos que pudiera seguir existiendo puedan ocasionar que nosotros tengamos un comportamiento hacia ellos pues de regañarles o de producirles miedo. Se excluye ese carácter punitivo, por lo menos se intenta excluir, no quiere decir que siempre pase. Ya le has oído decir antes a mi compañera M...no siempre tenemos buenos días, a lo mejor ese pensamiento que tenemos que tener hacia ellos de reducción del riesgo y del daño (recordemos que este centro es de reducción del riesgo y del daño), existe, y que está ahí. Y a veces pues quizá, porque tenemos poco a nivel cultural metidos el hecho de que hay que no consumir, el tema de que la persona se tiene que desintoxicar o deshabituarse, que eso siempre nos ha mellado mucho, que en la reducción del riesgo y del daño ha sido bastante novedosa aquí en este país, que no en otros, porque aquí digamos que estamos todavía siendo niños de teta en esa cuestión, pues a veces podemos un poco pecar de retornar al tema de “no tienes que consumir” y no sé qué. Vamos a ver, si esta persona consume, es una realidad, vamos a trabajar para que consuma de la mejor manera posible, que no produzca ningún riesgo, ningún daño en su salud.

1: Un punto diferenciador sería partir desde la realidad y la exigencia del propio usuario y no desde la exigencia del propio proyecto, del propio protocolo, o del propio proceso...

E16: Realmente el usuario está ahí. Entonces, el usuario no va a querer dejar de consumir en estos momentos. Nosotros no le vamos a prohibir que consuma, que eso es una estrategia que no es válida, no resulta efectiva para esta población. Nosotros vamos a ejecutar educación sanitaria. El tema de la educación sanitaria aquí es una herramienta imprescindible, igual que la comunicación, que entra dentro de la educación sanitaria, las habilidades sociales también, el tema de comunicación terapéutica...A ver, me preguntas ¿siempre vale lo que diga el paciente y lo que haga el paciente? ¿Vale lo que establezca el programa? Pues tiene que haber un poco también una cosa intermedia. Evidentemente una persona si acude aquí al centro con signos de intoxicación por haber consumido en exceso en la calle, desgraciadamente pues no puede ponerse el tratamiento con diacepilmorfina, porque corre el riesgo dentro del tratamiento de poder ocasionársele una intoxicación que no es deseable. Y por nosotros mismos como profesionales a nivel ético, no nos lo podemos permitir, ni para el propio usuario o usuaria. ¿Qué hacemos ahí? Diálogo. El diálogo y la educación sanitaria, ya te digo, no un carácter punitivo porque no sirve para nada, el regañar o tal. Tenemos que dialogar mucho.

1: La construcción dialógica, ¿qué peso tiene dentro de lo que es el proceso de recuperación o terapéutico?

E16: Pues te diré que en porcentaje un 99%. Porque el tema diálogo es fundamental para poder conseguir logros y llegar a objetivos mínimos con esta población. La diacepilmorfina es otra cosa más, evidentemente está ahí. Pero claro, si no hay un abordaje global a todos los niveles, y ya digo el diálogo es fundamental con estas personas usuarias, por mucho que le des diacepilmorfina es que no vas a solucionar nada.

1: Me gustaría preguntártelo, valorando lo que es la cuestión de cuál es el pilar, o el punto fuerte, o el núcleo desde el cual se construye todo el aparato, o el eje para...pues eso, me gustaría preguntarte, ¿cuáles son los pilares de este programa? ¿Qué papel ocupa lo farmacológico, lo médico, dentro del resto? Bueno, me estás diciendo que hay mucho más...

E16: Evidentemente, si ponemos un pilar por hacer un edificio o algo así [se ríe].

1: Uno o varios, tampoco quiero cerrarlo...

E16: Pues si no existiera la diacetilmorfina, si no se ofreciera diacetilmorfina no existiría este programa, empezando por ahí, porque es la base. Tampoco vendrían los usuarios que son adictos a opioides, porque evidentemente lo que están buscando es una alternativa farmacológica en este caso. Pero claro, si alrededor de la diacetilmorfina no existieran otro tipo de actividades, hállese educación sanitaria, consultas enfermería, consultas medicina, actividades externas al centro, etc., etc. Pues no....por mucho que hubiese diacetilmorfina, la mejora del usuario pues no sería ni completa ni a lo mejor incluso llegaríamos a lo que estamos llegando a día de hoy con estas personas.

1: Desde el otro punto de vista... ¿con todo este aparato podría existir sin diacetilmorfina, este programa, esta forma terapéutica? ¿O no?

E16: Entonces ya, quizá si no existiera la diacetilmorfina entraríamos dentro (porque también hay programas de intercambio de jeringuillas, damos preservativos,...) de otro tipo de recurso diferente de reducción del riesgo y del daño. Me imagino, imaginándonos que no tuviésemos diacetilmorfina.

1: Ese daño, ¿cómo lo concibes? ¿Es un daño a la salud? ¿Social? Es decir, ¿cómo de profundo es ese daño? Desde tu trayectoria, de lo que has visto, y demás.

E16: El daño que produce lo que es el vivir la marginalidad, y la exclusión social, con el tema de las adicciones a opiáceos y policonsumo de otro tipo de sustancias, es un daño global. Es un daño global, ¿por qué? Porque daña a la propia persona a todos los niveles: a nivel psicológico, a nivel físico, a nivel social; a las personas que están alrededor del propio usuario de drogas por vía intravena en este caso, que es del que hablamos. Y bueno, no es solamente de la persona y del que le rodea, sino de toda la sociedad en general. Hablamos del barrio, hablamos de la ciudad, de la provincia, comunidad autónoma... Es decir, todo es extensible, y todo ese daño es a nivel, pues mayor.

1: He estado viendo cómo se marca una diferenciación entre lo que es la heroína y la diacetilmorfina, y la relación que hay entre lo que es droga y fármaco, y me gustaría ver ¿cuál es tu opinión como profesional dentro de lo que ves? Si realmente hay una diferencia de lo que estaban haciendo antes (la forma de consumir, con lo que es consumir ahora), y si realmente, pues eso, cuál es la profundidad y el calado del concepto de droga dentro de lo que es esta dimensión, esta realidad.

E16: A nivel profesional te puedo indicar. Evidentemente no es lo mismo una heroína de consumo ilegal en la calle, por todas las connotaciones que tiene: los cortes, el tema de la venta ilegal, todo lo que conlleva, el tema de delincuencia, prostitución, etc. A una diacetilmorfina, ya cambia el nombre

verás [se ríe], que es el nombre genérico de la heroína, que está elaborada a nivel de laboratorio farmacológico, farmacéutico perdón, con todos los controles de calidad pertinentes, en un ambiente estéril,en fin, que está pautaada, que está controlada, que está dosificada, que se pone (en contraste con la de la calle) aquí en este centro pues con unas condiciones higiénicas y supervisión profesional continua. El de la calle evidentemente no, se lo ponen en cualquier sitio, solos o acompañados pero con peligro de intoxicación, que por fortuna unos salen, otros no por desgracia...En fin, todo ese tema.

1: Yo ahí por ejemplo, lo que veo es cómo realmente hay una protocolización para lo que es el consumo, una educación para la salud, que lo que realmente me hace pensar es “aquí dosificáis la diacetilmorfina porque hay una necesidad (la necesidad de los propios usuarios de consumirlo), pero realmente ¿tú crees que esos usuarios si hubiera esta forma de consumir dentro de un sistema legal consumirían heroína? ¿Tú crees que la heroína tiene un significado más allá de lo que es “el enganche”? ¿O cuál es realmente lo que es la heroína para las personas? No sé si te queda clara la pregunta...

E16: Por la experiencia que yo he ido adquiriendo todo estos años en mi relación con las personas usuarias del centro, he visto que hay como una variedad del significado del uso de la heroína. Hay personas que me han dicho que la heroína para ellos es como un relajante, es decir, su momento de relax: les alivia las tensiones, no sólo físico, si no psicológico también. Quizá el uso farmacéutico de esa sustancia es por lo cual ellos consumen, que puede ser una de las....

1: Entonces el tema farmacéutico...

E16: El tema de calmar una sintomatología en este caso. Estas personas lo consumen por el mero hecho de que les produce placer o en fin, algo lúdico, que también podría ser. Personas que reconocen el consumo pero no han sabido reconocer el motivo por el cual siguen consumiendo, más allá de su adicción. O sea, no le dan mayor contexto o connotación que “ellos son adictos, tienen un problema de salud como es el tema de la adicción”. Y así ahora mismo que yo recuerde, esas son quizá las tres puntualizaciones más del uso en las personas que hemos asistido aquí en el centro.

1: Me gustaría saber lo que es el programa, en estos diez años, en todo este recorrido que llevas, ¿qué cosas te han llamado más la atención? Desde la elaboración, el diseño y demás, la primera implementación, la consolidación y maduración, y lo que queda después, lo que viene o está por venir.

E16: Pues así señalarte quizá, bueno....te han dicho que he estado desde los comienzos, a ver, el hecho de que se haya desarrollado durante ya casi 11 años este proyecto, también a mi me ha hecho madurar, y ver, modificar mucha o perfilar o depurar muchas de mis actuaciones con los usuarios. Crecer con ellos y ellos también crecer con nosotros. ¿Qué he visto? He visto diferentes cambios en la metodología, muchas veces derivados de motivos internos por reajustes de personal, y hablamos de ajustes de cortes, tijeretazos. Teníamos trabajadores sociales, ahora mismo ya no tenemos; psicólogos teníamos, que ya no tenemos; psiquiatra también, que ya no tenemos; asesoría legal interna del centro, que tampoco tenemos. Y nos hemos quedado: médicos, enfermeros y un administrativo. Entonces, en ese desarrollo evidentemente antes había muchísima más cobertura in situ a todos los niveles de todas las necesidades más inmediatas de estas personas, que cuando llegan están muy inestables a nivel global, con muchísimas necesidades que se tienen que se tienen que solucionar casi en el propio momento. Y a día de hoy, continuamos con personas que venían del ensayo clínico, que pasaban lo que se llama “uso compasivo”; personas que se introdujeron después con su inestabilidad mayor, porque las personas que venían del ensayo clínico han ido mejorando a múltiples niveles, y muy bien la verdad, es una cosa muy satisfactoria. Pero las personas nuevas que se introdujeron en el centro pues estaban muy mal, muy malitos. Y ¿qué hemos tenido que hacer nosotros? Readaptarnos para poder abordar las necesidades más inmediatas de la mejor manera que

hemos podido. Entonces bueno, en ese desarrollo de los once años a nivel de profesionales, podrás ver un poco pues que hemos tenido que readaptarnos. A nivel de los propios usuarios, ha habido también un empoderamiento por su parte. Se creó una asociación que fue impulsada por la propia Escuela Andaluza de Salud Pública, pero ellos se quedaron un poco huérfanitos de la Escuela Andaluza, porque se desligaron, pero evidentemente tienen que cortar ese cordón umbilical...

1: Una incubadora y luego...

E16: Lo tienen también que cortar. Se quedaron un poquillo en stand by, pero afortunadamente han vuelto otra vez a reactivarse, a empoderarse más y a intentar hacer mejorar el centro con todo lo que son sus propias necesidades. Ahí se da mucho la voz de los usuarios, de las necesidades que ellos requieren, eso es una cosa también importante.

1: ¿Y en la construcción de propuestas? Esta cuestión del advenimiento o el surgimiento de esta asociación y demás ¿qué es lo que refleja? ¿Cuál es el rol? ¿El rol sigue siendo pasivo desde el punto de vista del paciente? Es decir, puede opinar sobre lo que es el proceso, de la administración de esta cuestión que estáis aquí haciendo...sobre todo lo quiero relacionar con lo que se suelen hacer en las políticas públicas. Cuando trabajas con un sector o una población la relación que hay entre lo urgente y lo importante. Realmente cómo lo estáis viendo, si realmente lo que me estás diciendo de la política de recortes, de ajustes....si realmente lo que se está haciendo es configurando y acotando el programa a una cuestión de la dispensación médica de la diacetilmorfina, y todos esos aspectos enriquecedores que dotaban de una calidad diferenciadora, que iban hacia lo importante; si se está perdiendo y ¿cuáles son los condicionamientos? Es decir, sobre todo relacionándolo a cuál es la proyección que tienen los propios pacientes; todo ese uso compasivo, y si pueden ir a más.

E16: Las personas usuarias del centro en relación a todos estos recortes, evidentemente los sufren. Ellos los sufren, son sufridores directos. Y a pesar de que hemos intentado derivarlos a otros recursos externos donde hay trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, ...En muchas ocasiones nos hemos encontrado que los propios usuarios no se encuentran a gusto con esos otros recursos externos porque no son comprendidos por los mismos. No es lo mismo, en fin, voy a dar un ejemplo: no es lo mismo el psiquiatra que estaba aquí antes, que comprendía muy bien qué significaba este centro y hacia dónde se iba, a pesar de los consumos y que siguieran siendo consumidores por vía parenteral aquí y alguno externo, a que se subieran aquí a la tercera o cuarta planta (no recuerdo muy bien cual es) a Salud Mental. Y que bueno, el psiquiatra a lo mejor le dijera “es que tú tienes que dejar de consumir”. Cualquier persona que esté en esa situación, pues no va a querer continuar viendo a ese profesional porque no se va a sentir comprendido. Su necesidad no es la de dejar de consumir, es otra. Entonces bueno, pues te pongo ese ejemplo como otro cualquiera. Entonces bueno, lo que me preguntabas, a nivel de la asociación y a nivel de sus propuestas, se están movilizando (se llevan movilizando ya unas semanas, bueno meses), para que pudiera abrirse la posibilidad de que pudiera venir aquí otros profesionales que comprendieran este tipo de tratamiento y pudieran ponerse a su disposición para poder cubrir las necesidades, a nivel en este caso social y psicológico.

1: Sobre todo es por eso, la cuestión de la gente que lleva ya un recorrido, que os acompaña desde que iniciásteis este ensayo, ¿cuál es la integración y la capacidad de recuperar o acceder a esa reinserción? Es decir, al final, ¿cuándo se dice que una persona está reinsertada? ¿Cuándo tiene controlada su adicción? ¿O cuándo no consume más? ¿O cuándo tiene trabajo? Es decir, ¿cuáles son los indicadores que manejaís para, desde vuestra propia didáctica, decir “bueno, esta persona creemos que está teniendo una posición de éxito, que lo ha hecho a través de esto”? Sobre todo desde un punto de vista comparativo con otros modelos, con otras formas de abordar este problema.

E16: Yo creo que lo primero aquí, en esta cuestión, es comprender e intentar asimilar que cada persona tiene su ritmo y su tiempo. Y cada persona tiene ciclos en los cuales, está mejor o está peor.

El hecho de pensar “es un éxito rotundo o no”, quizá no lo calificamos así; si no que vemos desde nuestra perspectiva profesional en este centro las pequeñas mejoras que se puedan hacer. Ya una pequeña mejora, ya es un éxito. El hecho de decir “se ha normalizado en todo”, yo creo que aquí nadie estamos normalizados del todo [se ríe]. Entonces, ¿qué es la normalización ideal? Es como decir que la definición de salud según la OMS es ideal, ¿pero cuál es la salud ideal? Es que es muy sui géneris, se puede criticar un poco esa cuestión. Entonces claro, como te digo, cada persona tiene sus momentos, tiene su ritmo...y por pequeño que sea mejora, eso es un factor de aumento de calidad de vida, y de mejoría en general de la propia persona. Entonces bueno, el hecho a lo mejor de que una persona no se ponga a trabajar, no quiere decir que no esté bien. A lo mejor en ese momento está bien; o incluso está buscando trabajo (en este momento la verdad es que está la cosa muy fastidiosa con el tema del paro y tal). Pero bueno, hay gente que está trabajando y compaginando este tratamiento.

1: ¿Habéis tenido por ejemplo algún tipo de empleo protegido, o vínculos con asociaciones de trabajadores o empresarios, que faciliten canales para esto?

E16: No.

1: ¿No se ha planteado nunca?

E16: No se ha ejecutado esa posibilidad.

1: Porque, ¿no ha habido la posibilidad?

E16: No, no hemos tenido tampoco contacto...ni que nos hallan demandado, ni posibilidad a lo mejor de acceder. Si que ha habido quizá algún contacto puntual con alguna asociación que trabaja con talleres, para el tema de cubrir el ocio y el tiempo libre.

1: Adquirir habilidades u oficios para luego a lo mejor poder...

E16: Sí, pero no se ha apuntado ningún usuario del centro. Se ha propuesto, pero no ha llegado nadie a lanzarse a ello. Aquí, para serte específico, tenemos algunas personas trabajando, no muchas por desgracia; había antes más, pero han ido perdiendo trabajos también, el tema de la construcción,...

1: Sí, el contexto general digamos...

E16: [Asiente] Eso es, lo que significa a toda la población en general. Personas que son cuidadoras de sus familiares: que son mayores, o que son dependientes. Y que se hacen cargo (a parte de los cuidados de las personas que viven, en fin, de sus familiares), pues de las labores del hogar. Y luego personas, pues que están en paro como te he dicho, o personas (muy pocas) que están en la calle. Como te digo, cada persona como es un mundo aparte...

1: Sí, esa diversidad de perfiles...

E16: Efectivamente. Con cada cosa que realice, ya es un avance grande.

1: Me gustaría saber si tú realmente, dado el contexto en el que estáis (de inseguridad en el proceso, los recortes, la población con la que trabajáis que no suele ser interesante porque o ni vota o ni genera dinero), pues si realmente veis si podéis generar algunos guiños, algunos puntos en común, para incorporar a otros métodos o generar una mesa común. Es decir, ¿crees que es posible que esta experiencia puede ser incorporada a otras realidades en otras comunidades y otros tipos de servicios? ¿Por qué crees que lo que habéis descubierto es interesante y debe ser implementado?

E16: Pues mira, primero de todo comentarte que consideramos desde aquí que el hecho de poder pensar que estas personas no son productivas, es un error. Pensar que estas personas no votan, es

un error. Pensar que estas personas no consumen gastos estando en la calle, es un error grandísimo. Hay muchos estudios, la verdad es que nos hemos tenido que empapar de un montón de documentación a lo largo de todos estos diez años, para confirmar que este tipo de programas, es útil. Que además como sabrás se ha hecho en otros países. Entonces concreto: en el tema de gastos, son más caros estando fuera sin tratamiento que estando aquí en el tratamiento. Eso es lo primero que creo que tengo que destacar. El hecho de, cómo tú me dices, de poder extender este tipo de tratamientos a otras comunidades, a otras ciudades, yo opino que sería necesario. Y hablo, bueno porque más allá de mi experiencia en el centro, yo a nivel personal (por iniciativa propia) pues me he acercado al Centro en Bilbao, el Centro de venopunción higiénica de Bilbao...

1: De Médicos del Mundo...

E16: De Médicos del Mundo, efectivamente.

1: Lo conozco.

E16: Que bueno, pues ahí tienen su comunidad de personas que se están inyectando en ese Centro. En este caso traen su propia papela, la sustancia que ellos compran, y se la inyectan allí. Pero ¿por qué no poner allí por ejemplo un Centro de estas características? O en Madrid, o en Barcelona, ¿no? Si me pongo a exponer ejemplos, pues habría diversas ciudades donde sí que creo que sería bastante apropiado.

1: ¿Y por qué crees que no va a más, que no se ve esa idoneidad? Es decir, porque por ejemplo cuando estuve con la gente de Médicos del Mundo allá en Bilbao, les pregunté precisamente eso, cuál era la relación política. Y ellos me hablaron que uno de los puntos a favor es la facilidad de que en los diferentes gobiernos (en el regional, autonómico y demás) está el mismo partido, y eso facilitaba muchas veces la implementación, la aprobación de presupuestos, y el desarrollo de esas políticas. Es decir, tú como profesional referente, ¿cómo ves que realmente se tira para adelante o se tira para atrás estos procesos? Que no dejan de ser una cuestión general o de interés público.

E16: Pues mira, si hablamos de colores políticos, yo ahí te puedo decir que a día de hoy puedo pensar que me da igual el color político que esté, cualquier Comunidad Autónoma o a nivel central. ¿Por qué? Porque es curioso que cuando se puso esto en marcha a nivel central estaba el PP, aquí estaba el PSOE; y bueno, si digo ahora que aquí estando el PSOE e IU nos tienen paralizados; por decirlo de alguna manera, de manera no explícita. No se abre la puerta a nadie pero tampoco se dice que no. Nos tienen en vilo. Me da igual los colores, seré redundante pero resumiendo, me da igual los colores que haya, si la persona política, que son también gestores, no analiza que este tipo de tratamientos ahorra, si es que estamos hablando a nivel económico de dinero, a nivel de euros, ahorra euros para la sociedad. Y promueve que las personas que entran en este tipo de tratamientos, puedan ser también productivas, porque también quieren ser productivas, ¡ojo!, que estas personas quieren también trabajar! ¡Que se quejan de estar parados! Y no les gusta estar parados, como a nadie. Entonces bueno, eso está ahí. Y estas personas políticas que son responsables no lo quieren ver, no lo ven, lo desconocen. Pero bueno, que ahí está la evidencia científica escrita a todos los niveles: a nivel farmacológico la diacetilmorfina es segura, es eficaz; que todo lo que acompaña a la propia sustancia es positivo y es productivo para la persona que está en estos programas; que la persona que está dentro de estos programas no sale más cara, es más, abarata costes, si estuviera fuera y no se hiciera nada, sería mucho más caro. Entonces básicamente, eso es. ¿Por qué no hacen nada? Pues ojalá supiera por qué no hacen nada. No les interesa, no les produce quizá beneficios a corto plazo, medallas a corto plazo, entonces para ellos no les supone un beneficio, no un interés propio para ellos.

1: Me gustaría, como estamos así hablando del desconocimiento y demás, preguntarte si ¿crees que existe algún tabú desde el punto de vista de lo incuestionable, esas cosas que no se pueden

preguntar o dejar caer; y lo indecible, esas cuestiones que no se pueden decir? Es decir, por qué no se pueden preguntar algunas cosas en este terreno, o si crees que existen y hay cosas que no se pueden decir porque a lo mejor no interesa. Es decir, en el debate de las drogodependencias qué es lo que se puede hacer, o cuál es el margen de movimiento que se tiene; tú desde tu punto de vista profesional, y a nivel general.

E16: A nivel general quizá el tema de...porque ya tabú, quizá no exista tanto tabú. O sea, el hecho de que...o no decir...yo creo que somos bastante libres de plantear nuevas cuestiones. El tema de la legalización se plantea en este tipo de vertientes, y bueno, pues existe debate. Desde mi punto de vista, ¡qué te digo! A mí lo que me interesa es que si este programa sigue existiendo, y tiene que seguir existiendo mientras haya usuarios y usuarias que estén tratándose con la diacetilmorfina, pues pase a programa, de uso compasivo a programa. Eso es mi interés, y te digo mi interés porque bueno, a pesar de que diga que aquí en el ensayo clínico el número de la muestra fue pequeña, tenemos muchísimos más ensayos clínicos a nivel internacional, demuestra que sigue funcionando. Por lo tanto, ¡qué más quieren!? Qué más quieren los señores responsables políticos para que puedan extenderse este tipo de programa. El tema de la legalización, puff....no sé, tendríamos que establecer quizá un debate depurado, con ese tema. Pues ver que si se legaliza, qué tipo de cuestiones habría que plantear: pues para regular, para que no se fuera todo al garete, no hacerlo de cualquier manera.

1: ¿Cómo crees tú que debería ser el debate, o por dónde debería pasar? ¿Qué elementos se deberían de tocar? ¿Cómo debería afrontarse ese debate y esos contenidos del debate?

E16: Ese...el tema en cuestión pienso que es muy complejo, y hay muchísima diversidad de componentes que habría que analizar. Empezando por el tema de los cárteles, narcotráfico, dónde se cultiva...todas esas interacciones que hay de intereses, que seguramente vaya más allá de lo que las noticias meramente nos muestran, que quizá pues vete tú a saber si no hay como una novela de ciencia ficción o algo así, donde también estén metidos incluso hasta qué se yo, por decir una burrada, el sistema político... [se ríe].

1: Es decir, nunca llegamos a saber cuál es la complejidad total.

E16: Claro. No conocemos. Los que estamos aquí trabajando somos personas de a pie, ciudadanos de a pie, y no conocemos todos los componentes y entresijos e intereses que pueden existir en que continúe o no continúe existiendo la problemática inicial de lo que es el movimiento de las drogas ilegales y el tema del narcotráfico.

1: Eso te quería preguntar, es decir, realmente en estos 30 años desde que surgiera el boom de la droga definida como eso que es, lo que ha significado y demás, si ¿ha habido una evolución realmente y el escenario es el que teníamos? ¿O es otro nuevo? ¿O sigue siendo el mismo pero ha cambiado algunas cosas? Es decir, ¿cómo ves tú el escenario de las drogas en España?

E16: Evidentemente a cambiado mucho el uso de las drogas de la población general. Que sea por modas, que sea porque lo que venden en la calle cambia, o cambian las demandas...puede haber múltiples factores, no lo niego. A día de hoy...mira te iba a plantear, claro en las noticias actuales el tema de que dejen sueltos a ya veintitantos narcotraficantes, pues a mí me llama muchísimo la atención. Lo que te decía antes, yo no sé hasta qué punto ahí no tienen ningún tipo de interés, vete tú a saber, algo oscuro ¿no? No sé, es que ciertamente de alguna manera todo eso queremos...me hace pensar que quizá se maneje a la población de otra manera, con el tema de la oferta de drogas. A lo mejor estoy diciendo una burrada pero...

1: No, no.

E16: ...a lo mejor es una reflexión que estoy diciendo así un poco de manera banal, que evidentemente me faltan muchísimos datos, e incluso muchos otros ni los voy a llegar a obtener. Pero sí que veo que a lo mejor,...hablo de consumo de cocaína que tanto se emplea o el consumo de étlicos propio del botellódromo aquí en Granada...

1: O el hachís.

E16: Consumo de cannabis, etcétera. Tan a día de hoy, que vas por la calle y hueles a cannabis por todos los lados, en fin. Se mezcla todo, se mezcla la crisis, la gente quiere sacar dinero de cualquier manera, pues hablo cannabis porque planta cannabis y lo vende así. Hablo del botellódromo, pues que parece que bueno...

1: Si bueno, aquí en Granada particularmente es sensible el tema.

E16: Es sensible el tema, a partir de unas Cruces de Mayo, que no me acuerdo muy bien qué año fue; que se saturó toda la ciudad...

1: 2008...

E16: Si por ahí. Donde se saturó toda la ciudad y se gestionó de aquella manera pensando que era lo mejor, y que evidentemente se ha demostrado que tampoco ha sido la ideal. Hablo de...

1:Cuál es la educación, para ti, ¿la educación en drogas, para drogas? ¿Cómo te parece que está? Es decir, cómo realmente la gente se dota de herramientas, tanto de defensa como de...

E16: Pues en este sentido, yo pienso que hay muchas cosas por hacer. No se ejecutan todos los tipos de programas de prevención que creo que se debieran. Y ahí me refiero no sólo a esos programas que se realizan con muy buena disposición y muy buena fe, pues pongamos en centros escolares y demás. Lo que también hay que dar información a los propios cuidadores, los padres, en fin a...pongamos...en fin a nivel de población general. Si que se transmite cierta información de vez en cuando, a nivel de publicidad, en las paradas de autobús y demás. Pero para mí, creo que no es suficiente y tampoco selectiva del todo. Entonces evidentemente, creo que falta mucho por hacer; se ha dejado mucho de hacer también. Eso es un factor muy importante.

1: ¿Cómo calificarías esa política de sensibilización? Porque muchas veces me parece, con las grandes campañas, me parecen efectos especiales, pero no sé si se llega a un efecto especial, si realmente produce ese calado.

E16: Yo pienso que quizá no se llega a sensibilizar del todo a la población en la cual va destinada, que son o potenciales consumidores o consumidores actuales. Entonces no veo... no sé las estadísticas qué dirán, porque luego esto ya...las publicaciones pueden decir otra cosa totalmente diferente a lo que yo expongo aquí, creo que ya te digo, que se ha dejado de hacer mucho. Y no solamente me pueden dirigir un anuncio de televisión o una pancarta en una parada del autobús para concienciar. Habría que hacer muchísimo más, muchos más trabajos. Ya te digo, a nivel de escuela, empezando por ahí, a nivel de Asociación de Padres y Madres, a nivel de centros de salud, a nivel de centros cívicos, a nivel de...

1: ¿Crees que todavía el dogmatismo y el paternalismo siguen vigentes o están vigentes en esta realidad que es el de las drogodependencias y su intervención y su comprensión? ¿Crees que hay una cuestión muy “esto sí, esto no” muy de construcción de...recetas ya dadas en vez de la construcción de propuestas desde la propia gente? ¿O cómo lo ves?

E16: Quizás sí que nos hayamos estancado en un modelo bastante estático. Habría a lo mejor que dar lugar a creatividad, efectivamente. Creo que sería muy bueno, muy dinámico....en el tema de la

prevención. Sí que quizá, si me recuerdo a nivel de prevención de riesgo y del daño, dónde también se da un tipo de prevención o varios tipos, los 3 tipos también se pueden dar dentro, pero bueno...

1: Sí, seleccionada, indicada y universal ¿puede ser?

E16: Sí, lo que yo antes llamaba primaria, secundaria y terciaria [se ríe]. Porque mi escuela es más antigua, pero sí. Desde ahí sí que quizás, yo he podido encontrar documentos muy interesantes y muy novedosos, que coinciden lo que nosotros hacemos aquí con lo que gente que trabaja en la reducción y prevención del daño ofrece a personas que están consumiendo en la calle. Pero a nivel de prevención para que no consumas, pues yo creo que se ha quedado un poquito estancada. No conozco todo, las cosas como son.

1: Una pregunta que te quería hacer que va encaminada por ahí, tú como profesional de la bata, ¿cómo o cuándo se te ha caído, se te ha caído alguna vez? Esas cosas que tú tenías en tus esquemas mentales de lo que creías que iba a ser y qué es lo que te has encontrado. Es decir, ¿te has encontrado alguna vez en un fuera de juego o alguna cuestión de “pues me ha sobrepasado”? A lo mejor positivamente...todo eso de cómo eran mis prejuicios o cómo eran mis preconcepciones y mis ideas, y ver cómo la gente o cómo son las cosas.

E16: Evidentemente te encuentras muchas sorpresas agradables dentro de este ámbito de trabajo. Una de las cosas que puede dar lugar es que quizá los estereotipos o prejuicios, que tan difíciles a veces son de desmontar y que como te hemos comentado antes, aquí ha pasado mucho tipo de profesional y que a veces han reconocido que no eran válidos para este tipo de trabajo, o trabajar para este tipo de población y demás. A veces, que existan prejuicios o existan cuestionamientos frente a lo que es un tipo de tratamiento o un tipo de usuario, el comportamiento del usuario...supone: o bien que nos realimentemos de ese tipo de prejuicios y al final tenemos todos un poco tirándonos de los pelos; o que aprendamos a replantearnos un poco lo que está cuestionando esa persona para un poco repensar hacia dónde queremos ir. Y como te digo, yo creo que de alguna manera nos retroalimentamos con esos debates internos que pueden surgir en un momento dado, porque evidentemente las dudas existen, los cuestionamientos existen, y yo creo que son muy sanos plantearlos. Plantearlos en equipo también, y bueno poder un poco reubicarnos y volver otra vez a encaminarnos, a encauzarnos hacia dónde queremos ir, a nivel general y a nivel específico con una persona concreta y demás. Y yo creo que es muy útil, y yo creo que eso nos hace madurar, yo creo que a todos más o menos nos ha podido pasar o hemos podido reflexionar, o hemos tenido que volver a documentarnos, volver otra vez a replantearnos nuestro...cambiar el chip ¿no? Evidentemente todos, o prácticamente todos hemos procedido de sistemas sanitarios puros y duros, o personas que a lo mejor venían de reducción del riesgo y el daño (que ha habido alguna persona que también venía de allí), en fin que también...yo creo que todos a mayor o menor medida, nos hemos tenido un poco que replantear todo eso aún viniendo de sitios muy específicos. Y con respecto al tema de las sorpresas positivas con la interacción con las personas usuarias, como te digo yo me he encontrado sorpresas muy gratas. De discursos dónde a lo mejor tú le has preguntado, le has planteado alguna cuestión, y la respuesta que te ha dado la persona con la que dialogabas era muy coherente con sus ideas y sus formas de ver. Entonces el hecho de plantearte diferentes alternativas que quizá pues a ti no se te hubiesen ocurrido para solucionar esa situación, o ese momento vivido por la persona, pues te hace ver que la propia persona es la que puede plantear su propio beneficio, su propia salida de esa situación o su propia solución. Y te hace aprender también otro tipo de estrategias para emplear con esta población. Creo que eso es muy positivo.

1: Me gustaría también, una pregunta que hemos dejado un poquito atrás, sobre la cuestión de las otras experiencias de este mismo ensayo en otros países. Y ver realmente si toda esa información que se está generando en diferentes puntos, qué está generando en esos puntos, y también en un nivel meta, en un nivel más amplio. Realmente, ¿qué evidencias se están sacando? ¿Qué posibles leyes o grandes ideas se pueden sacar de...?

E16: De todas las experiencias ya habidas.

1: Bueno, dentro de lo que conoces.

E16: No sé si sabrás que este centro es como hijo o sobrino del de Suiza.

1: Sí que sé que una persona que estuvo allí, Miguel ¿puede ser? Estuve con E13 y me comentó un poquito más de lo que fue la construcción de eso pero bueno...

E16: Miguel Marsé. Sí, a nivel estructural es muy parecido, a nivel físico. M también fue una enfermera que vino aquí a asesorarnos, aparte de Miguel Marsé, no me acuerdo del apellido de M, perdona. Y la verdad que la relación de centros es muy similar, y te digo similar porque yo he podido ir a Suiza, a Ginebra, a uno de los centros que hay en Ginebra, a visitarlo. Y me di cuenta que es que era muy parecido. Y la dinámica interna era también bastante similar. Quizá la única diferencia, nosotros aquí los enfermeros nos hemos empoderado diciendo se necesita hacer una observación previa a paso de tratamiento; allí no vi tampoco que hubiese una Mesa de Valoración como lo que tenemos aquí, para ver que viniesen en condiciones y también abordar otro tipo de necesidades. Imagino que allí, pues lo evaluarían de otra manera. Con respecto al tema meta, como me comentas, como te he referido anteriormente, si ya se han hecho diferentes ensayos clínicos a nivel internacional, pues hablese de Alemania, de Holanda, de Suiza, hablese del de aquí de España, del de Canadá, etc. ¿Por qué no extenderlo? Si la...tanto decían aquí como te he dicho “es que la N [tamaño de la muestra] es muy pequeña”, ya, pero es que tenemos otras N en otros niveles internacionales.

1: ¿Tú crees que en este debate de la drogodependencia siempre lo cuantitativo pesa más que algo cualitativo?

E16: Quizá por desgracia sí. En ciertos momentos en este tipo para que pueda existir el peso suficiente para que pueda respaldarse a nivel político sí. Te diré que sí. Que esos son los requerimientos que necesitan los señores políticos, que son los que trabajan mucho con números, y a veces con los números que ellos quieran. Por eso te digo, que el tema de la n, más allá de la N, que sea un grupo mayor o menor, tampoco era tan pequeña, pero bueno en fin; en otros países se ha hecho igual, y los resultados están ahí, son positivos, demuestran la eficacia.

1: ¿Es una cuestión de voluntad? Es decir, vosotros cuando empezasteis el ensayo visteis que había una N, un mínimo de personas en las personas que tienen la muestra que tienen, o que pueden, que cumplían esos requisitos. Pero sin embargo, con toda esa gente que tiene esa problemática pero no los mismos requisitos, ¿qué pasa con ellos?

E16: Efectivamente, esos son los grandes desastres de este tipo de planteamientos. El protocolo se hizo así porque les apretaron tuercas desde otros niveles. Entonces claro, si los requerimientos y requisitos son tan duros para una población que está tan deteriorada, ¿qué tenemos que esperar a que se muera o que esté casi muerta para entrar aquí en estos centros? Yo creo que éticamente no es correcto, porque evidentemente no estamos jugando, no debemos, no estamos jugando con vidas humanas. Es que no creo que sea de recibo que porque una persona, como nos pasó aquí con un usuario que ya está en tratamiento desde hace ya muchos años, en su momento no cumpliera un requisito que en este caso fue que no hubiese robado. Es decir, no estuviese fichado ni denunciado por robar, porque una cosa es que hubiese robado y otra que lo hubiesen pillado, pues no pudiera en ese momento acceder al centro. No es de recibo. Eso es todo un ejemplo, un mero ejemplo. Yo creo que no merece que esa persona siga en la calle inyectándose de cualquier manera y teniendo riesgo su vida, ¿no? Y más allá de su vida, todas las consecuencias que conlleva el tema de que esta persona que siga en ese tipo de sistema...[entra un compañero y paramos la grabación]. Entonces básicamente yo creo que son cuestiones que merecen destacarse porque considero que las personas que puedan ser más teóricas, y no tan prácticas en este tipo de ámbitos que es de lo que estamos hablando, el desconocimiento que ellos puedan tener de las repercusiones que pueda producir sus

decisiones....les tendría que suponer a ellos un peso moral bastante grande, y yo me imagino que duermen bastante tranquilos, que no lo ven. Y yo creo que ese es un fallo muy grande.

1: Así para finalizar, realmente ¿cuál es la participación y el modelo de decisión y de gestión de lo que es el problema de la drogodependencias, y de la capacidad que tienen las propias personas o los diferentes actores, de generar unas políticas que cumplan con las expectativas de la mayoría y que se ajusten a las realidades de las personas? Es decir, nosotros podemos querer hacer una buena política pero a lo mejor no es real. Realmente, ¿cómo marcarías tú, cuál sería tu hoja de ruta para generar esa política sobre drogas que debería ser ese horizonte, ese escenario de futuro que a ti te gustaría?

E16: Evidentemente yo ahí pienso que no tendría que ser desde los políticos hacia la población. Tampoco se hace así, se tiene en cuenta a la población, sí, pero quizá no lo suficiente. El que existan asociacionismos, el que existan pues hablamos de asociaciones de propios usuarios, asociaciones de padres y madres, asociaciones de diferentes ámbitos, o las asociaciones de vecinos igualmente. Que todo eso a nivel comunitario, asigne lo que son las necesidades reales de la población en cuestión, y que todo eso luego, se diversifique en políticas a nivel de drogas. En amplios niveles, hablamos de prevención, hablamos de reducción del riesgo, hablamos de tratamientos, etcétera; sería lo ideal, sería lo ideal. Que se haga o no, pues eso son otras cuestiones. Por desgracia, no creo que lleguen todas las demandas a donde deben de llegar para que se puedan gestionar esas necesidades, se puedan efectuar. O si llegan, no se ejecutan lo que son los programas, o los tratamientos, o todo lo que tiene que hacerse para que la población pueda estar cubierta en todas sus necesidades a lo largo de las drogodependencias.

1: Sobre la cuestión de estereotipos y de prejuicios y de concepciones, me gustaría relacionarlo sobre todo el estereotipo del yonki, ¿esa imagen, esa figura, cómo la ves actualmente? Es decir, si ha habido una evolución, ¿ha habido un cambio? ¿Cómo condiciona a las propias personas que son etiquetadas como yonkis?

E16: Puntualizo un poco y así vamos por partes. En principio, la concepción mía, propia, personal de ellos como yonki, yo no lo concibo. Me parece que es algo despectivo, que es un insulto hacia ellos, y entonces no lo concibo como tal. Mi percepción: son personas ante todo, con un tipo de problemática o de necesidades de salud. Que están aquí a tratamiento y que necesitan de mis cuidados como profesional de enfermería. Entre ellos mismos, el tema de denominarse yonki hemos presenciado a veces, por sus propios enfados...en fin, son personas y las relaciones sociales se dan aquí dentro, pasan su ratillo aquí y evidentemente pues bueno, tienen su amor, su odio [se ríe], como todas las personas.

1: Convivencia, ¿no?

E16: De la convivencia efectivamente. Entonces a veces nos hemos encontrado con situaciones en las cuales se han llamado “yonki de mierda”, y esa expresión, “yonki de mierda”, para ellos es tan hiriente, que les sienta...se rebotan lo más grande. No les gusta que les llamen yonkis. A veces ellos mismos dicen “es que soy un yonki”. No señor, tienes que desmontarlo “tú no eres un yonki , tú eres una persona”. Entonces bueno, evidentemente esa imagen despectiva de lo que se llama yonki, pues desde aquí lo intentamos desmontar. A ver, que lo otro ha sido puntual, yo hace mucho tiempo que no les oigo insultarse de esa manera, hace muchísimo tiempo. Pero bueno, se ha dado, es una cosa que yo creo que es meritoria de destacar. Y a nivel externo al centro, sí nos hemos encontrado con situaciones...a ver, no es que se les haya llamado yonkis, pero bueno, nos hemos encontrado en situaciones con otros profesionales, que por su situación de dependencia a una sustancia (en tratamiento en este caso aquí en el PEPSA con diacetilmorfina), pues han sido tratados de una manera no correcta, o ellos se han sentido tratados, ellos nos lo han relatado. Incluso hemos acompañado, hemos hecho acompañamiento terapéutico a personas a diversos servicios, y quizá hemos visto un trato un poquito nada adecuado, y porque hemos estado nosotros como compañeros

de la persona de profesional que la ha tratado, hemos tenido que intermediar. Por desgracia se dan ese tipo de situaciones. Destacar que también aquí, en el Centro, a nivel de la vecindad no ha habido ninguna queja, no ha habido ningún problema. De todas maneras, pues te voy a decir, por desgracia la gente que conocía o conoce este centro, pensaba/piensa muchas veces que no sigue abierto; y tienes que explicar “no, no, sigue abierto, hemos contratado...” “¡Ah ¿sí?! Pues no sabíamos”. O vecinos que no tienen ni idea, o gente de la calle que tampoco conoce este tratamiento, a veces...

1: ¿Esas campañas de comunicación, de difusión, de acercamiento y demás?

E16: Hemos hecho en el pasado campañas de divulgación del Centro yendo a centros de salud, a centros sociales, a comedores sociales...hemos hecho también no hace tanto, unas jornadas, no sé si tienes conocimiento de ello...

1: No sé.

E16: En Trabajo Social, en la Universidad de Trabajo Social, pues se hizo en el mes de marzo, que yo creo que es interesante que también lo puedas conocer. Y también, pues aprovechando esas jornadas se ha hecho divulgación y se ha dado a conocer este centro, dónde también han ido los propios usuarios o la asociación de usuarios a hablar, y donde ha habido pues apoyo de la propia comunidad universitaria. Ya no sólo de los propios alumnos, si no también de los docentes, y de los responsables gestores como es el decano, etc.

1: Esta experiencia ¿la estáis difundiendo por España?

E16: Pues cuando se puede [se ríe]. Por mérito propio. No se nos facilita desgraciadamente, por parte de la empresa por la cual nosotros estamos contratados. Es decir, si yo por iniciativa propia profesional quiero ir a unas jornadas y participar allí, hablando de algún tipo de tema sobre este programa, por desgracia no podemos dar datos actualizados, tenemos que dar datos publicados...estamos un poquito censurados.

1: Te hace preguntar ¿qué sentido o que peso tiene para ti, o para el programa, la confidencialidad? Es decir, al final, ¿qué es lo que se puede decir y qué es lo que no se puede decir? Es decir, al final, cómo eso te influye en tu propia práctica, reconocimiento, en la difusión, en el crecimiento...

E16: A ver, evidentemente...corrijo un poco lo del tema de censura, porque quizá me he lanzado un poco a hablar de manera ligera. Cuando queremos dar datos, evidentemente tenemos que pedir permiso: permiso a la persona a la cual, permiso a las personas a las cuales queremos hacer algún tipo de estudio, de trabajo, etc.; y a la propia empresa. Hasta hace bien poco, es lo que te venía diciendo, en las propias jornadas no pudimos dar datos concretos y actuales, actualizados, no se nos dejó. A día de hoy si que hay algunos trabajos que están haciendo algunas compañeras, que sí que han pedido permiso. Ahí ya, yo desconozco si le han dado el permiso para poder acceder a los datos concretos...

1: Esta chica que ha hecho una tesis ¿no? Hace poco...

E16: Sí bueno, esas personas son más externas.

1: Ah, tú te refieres a...

E16: Sí, a trabajadores de aquí. P ha sido la que ha hecho la tesis por cierto. Pero bueno, básicamente a lo que voy con la pregunta, la difusión tenemos que ser nosotros los que somos los más interesados. Nos falta un poco de comunicación con la dirección de la empresa a nuestro parecer.

1: ¿Cuál es la empresa?

E16: Es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de la Junta de Andalucía, las siglas son ASSDA, que dentro está lo que es Dependencia y Drogodependencia por decirlo así ,grosso modo.

1: Eso, que la comunicación la tenéis que hacer vosotros...

E16: Sí, sí. La empresa a lo mejor pues tampoco...no está abierta tampoco, o facilita. Porque también el tema de los costes para ir a un congreso lo tenemos que asumir los propios trabajadores, no se nos costea, o no se nos pone en contacto...A veces nos hemos encontrado con la sorpresa de que en un congreso se ha hablado del Centro, pero no ha habido nadie del Centro que haya ido a hablar. Que pensamos que eso también es un factor positivo, que pudiésemos también ir nosotros a divulgar (como propios trabajadores). Que está muy bien que vaya la gente, que haya otras iniciativas, que estudien, lo promuevan, lo divulguen...Pensamos que también tenemos que tener los profesionales una representación o un cierto protagonismo, al igual que el propio usuario también pudiera tenerlo para hablar de su propia experiencia, o de la experiencia general.

1: Como cierre, me gustaría darte un espacio por si quieres añadir o decirme alguna cosa que no haya podido preguntarte y que consideres vital o fundamental, que no me vaya sin ello.

E16: Básicamente con todo lo que hemos hablado, yo creo que es bastante completo. A lo mejor luego se me ocurre algo, ahora mismo no caigo la verdad [se ríe]. No sé si habría alguna cosa más. Lo que tú necesites yo no tengo problema en hablarlo, en documentarte, lo que quieras.

USUARIA RECURSOS E17:

[La grabación comienza tras unos pocos minutos que nos dimos, mutuamente, de cortesía antes de meternos en materia y comenzar con la entrevista]

1: Bueno, pues si quieres cuéntame un poco de ti, qué edad tienes y de dónde eres y demás.

E17: Bueno, pues tengo cuarenta y ocho años, nací en Sevilla y me he medio criado aquí porque me fui muy jovencita para buscarme la vida. A trabajar. Allí me tiré veinticuatro años, luego ya me vine para acá... Bueno, a lo que vamos, el tema de la droga.

1: Sí.

E17: Pues el tema de la droga es que me enganché... tenía veinticuatro cuando me enganché. Cuando empecé a consumir. Y mira...

1: y, bueno, cómo fue, cómo diste el paso en el sentido de...

E17: Bueno, el paso fue que yo tuve un chiquillo, a mi hijo, el angelico, y se me murió con año y medio. Y, entonces, cogí una depresión muy gorda que me tiré medio año ingresada en el hospital psiquiátrico de Palma. Y, ¡claro!, lo que yo tenía era ganas de morirme. Y, entonces, conocí a una persona. Esa persona me comentó sobre la droga y tal pero no me dijo lo que me iba a acarrear. Y claro, ya empecé a consumir y consumir. Empecé primero con farlopa, coca. Luego ya empecé con el caballo. Luego ya hacía "speedball", que es caballo y coca; que aquí dicen "revuelto". En fin, que esta es mi vida. Perdí trabajo, perdí dinero. Con la familia, de aquella manera como comprenderás. Yo nunca he ido a pedirle dinero a mi familia. Ni he consentido que me paguen mis vicios. Y me los pagaba como comprenderás, robando, aparcando... Buscándome la vida hijo. A ver, buscándome la vida para poder quitarme el mono.

1: Bueno, si quieres sigue tú. Yo no quiero cortarte.

E17: Luego ya me vine aquí. aquí me tiré pues tres o cuatro años. Consumiendo a tope. Luego conocí a Manolo, el captador. Y el que nos iba buscando para meternos aquí. Me habló de esto y vine a probar. Perder no tengo nada que perder. Vine y mira, hasta hoy, llevo ya diez años.

1: ¿Y estuviste antes en otros tratamientos?

E17: Con metadona.

1: Metadona.

E17: Sí.

1: ¿Y no te funcionó?

E17: No, no.

1: Y, bueno, ¿cómo fueron los primeros pasos del programa?

E17: Bueno, pues como todos los compañeros.

1: Pero me refiero a comparándolo con otras experiencias o con otros procesos de rehabilitación.

E17: Bueno... pues muchísimo mejor. A mí, en particular, me ayudó mucho psíquicamente. Y físicamente. Porque yo entré pesando aquí como un bichín, como un gorrión. Y ahora peso pus sesenta kilos.

1: ¿Sientes que has mejorado tu calidad de vida?

E17: Sí. Muchísimo más. Sí, sí. He mejorado un montón.

1: Y la evolución del programa y de lo que es la intervención ha ido...

E17: Bueno, antes estábamos como a prueba, era un proyecto que no sabían si iba a durar, si lo iban a cerrar... en fin. Y ya han visto que sí, que da buen resultado. Muy buen resultado. Han entrado compañeros nuevos. Y lo que quisiéramos todos es que entrara más gente. Porque la verdad hay mucha gente que necesita esto. Mucha gente.

1: Eso te quería preguntar. Viendo la cantidad de gente que sois, los requisitos que os ponían al principio...

E17: Bueno, los requisitos era ser consumidor de ello, estar en la calle y en fin... Esos eran los requisitos.

1: Schttt! [estornudo]

E17: ¡Jesús!

1: Gracias. ¿Y tú crees que, por ejemplo, la oferta del recurso se queda muy pequeña para la realidad problemática que hay? Es decir, con toda la cantidad de gente que hay fuera con este problema, ¿tú crees que este proyecto se queda corto y que habría que potenciarlo más?

E17: Sí. Habría que fomentarlo para toda España. Porque, ya sabes, hay muchos que necesitan eso. Que necesitarían esto. Y mejorarían la calidad de vida de cada uno. Como ha mejorado la calidad de todos los compañeros.

1: Y, por ejemplo, cómo destacarías la intervención social en el sentido de cómo crees que ve la gente el programa, o...

E17: Lo que pasa es que la gente no conoce este problema. Porque yo, por ejemplo, cuando he ido a extraerme la sangre para hacerme las analíticas del VIH, que lo tengo, pues he hablado de este programa y me han dicho: •"eso qué es". Y, entonces, les he dicho lo que había, el tema, y lo han visto bien: "pues eso está bien. Pues eso está muy bien porque, la verdad, si os dan calidad de vida, mejoráis física y psíquicamente...". Porque no es lo mismo la droga que hay arriba, porque eso es para matar a la gente a lo que nos dan. Es diacetilmorfina.

1: Eso te quería preguntar: ¿qué diferencias ves tú como consumidora, más allá del nombre? Es decir, en el sentido de que una cosa es heroína pero que no lo es porque es un derivado o una mezcla...

E17: Hombre, es que la heroína que hay en la calle está adulterada. Pero no está adulterada de cosas buenas, sino de cosas malas. ¿Me entiendes?

1: ¿Corte?

E17: Sí. Yo, de hecho, este ojo no es mío. Este ojo es una prótesis. Porque lo perdí por meterme porquería. Porque me vendieron porquería. Y perdí mi ojo. Y como yo, otro compañero que tiene perdido medio pulmón de una candidiasis.

1: Por eso. Tu conocimiento sobre tus síntomas, tu cuerpo... desde que empezaste el último tratamiento hace diez años...aumenta, mejora. Es decir, sabes lo que es, como te sienta...

E17: Sí, sí. Claro que sí.

1: Y eso, ¿cómo lo has ido aprendiendo?

E17: Pues con ellos. Poco a poco. Claro.

1: Y entre vosotros, los pacientes, ¿cómo es la relación? ¿Trabajáis entre vosotros para apoyaros?

E17: Bueno, aquí cada uno... No todos los compañeros puedes contar y puedes decir que son compañeros. Porque la mayoría van a lo suyo. Pero también hay compañeros que merecen la pena, que si te hace falta algo puedes contar con ello. Lo mismo que si a ellos les hace falta algo de mí pueden contar conmigo.

1: De acuerdo. Y, por ejemplo, en el tema empleo, cómo lo habéis trabajado.

E17: Pues mal.

1: ¿No has trabajado?

E17: No, es que yo no puedo trabajar. Pero, ¡uy!, trabajar he trabajado...desde que tenía dos añitos. Para media onza de chocolate. Cogiendo algodón en Sevilla de chiquitita. Sé lo que es el trabajo y no me ha faltado nunca el trabajo.

1: No, sólo lo digo por preguntarte...

E17: El último trabajo que tuve pues fue de guarda jurado. Que me tiré doce o trece años. Y luego ya lo dejé y luego ya dejé de trabajar. [golpecito en la mesa].

1: Vale.

E17: Luego ya me vine a vivir con mis padres y, en fin, ya... luego ya caí mala. En fin...

1: ¿Crees que los tratamientos por los que has pasado, no sé si este o los otros, funciona desde el punto de vista que ofrecen una salida o...

E17: Sí, sí. Funciona. Todo lo que se ayuda, funciona. Lo que pasa es que el paciente quiere mejoría en el primer momento y en el momento no se puede tener mejoría. Eso tiene un proceso, poquito o poco..y uno va notando la mejoría. Y al cabo de cierto tiempo, ¡madre mía!, a cómo entré y a cómo estoy ahora... ¡pues no hay diferencia! Yo entré aquí que iba a perder el pecho izquierdo porque me metí en el pecho. No tenía vena y cogí y me lo puse en el pecho. E iba a perder el pecho. Y entré aquí y tengo mi pecho. Pero iba a perder mi pecho.

1: Y con las inyecciones que te pones aquí sientes que la picazón y todas esas cuestiones del consumo, en el tratamiento, es mucho mejor...

E17: Sí. No. Aquí, mira, si te inyectas y te inyectas y no te coge bien la vena, y te lo echa fuera. En el momento, ¡lógico!, te sale el bultito. Pero no te hace absceso.

1: Sí, que no se te pone negro ni mal.

E17: No. No se te pone. Al día siguiente, ese hinchazón, ya no está. La misma piel, lo absorbe. Y te quita el “yuyu” igual. Yo lo sé porque me ha pasado. Porque, yo, lo primero, no podía cogerme bien la vena. Fallaba porque teníamos tres intentos. Y al tercero, si fallábamos, nos lo ponía la enfermera, ¿me entiendes? Pero nos lo ponían mus-cu-lar. Que no era en la vena. Era en el músculo.

1: Por ejemplo, ¿crees que la forma de dejaros consumir, o de inyectaros, o de tomar la droga, para vosotros es importante? En el sentido que dices tú, de inyectarte en la vena tú misma, tú propio tal...

E17: Sí.

1: ¿Pero por una cuestión de respeto? Porque a mí me preocupa el nivel de participación que tenéis en el programa.

E17: Sí.

1: Porque, bueno, lo que te quiero preguntar es que si ves alguna diferencia a nivel de implicación y de autoconciencia en el proceso.

E17: Pues muy bien. Muy bien. Porque si un paciente no puede, pide ayuda a la enfermera. Y la enfermera va y, lógicamente, se lo pone.

1: Otra que cosa que te quería decir sobre los pacientes...

E17: Dime

1: ... es que todos tenéis el mismo perfil de edad,

E17: Más o menos el mismo perfil.

1: Sobre todo por saber si hay diferencia entre los que habéis estado aquí y cómo se os ha dado a cada uno el proceso. Si habéis seguido el mismo camino...

E17: No. algunos, ahora la mayoría... Han entrado dos y eso... no han estado tirados en la calle, como la mayoría hemos estado tirados en la calle buscándonos la vida. Ellos han tenido unos padres, ¿me entiendes?, que les han cubierto su dosis y no han pasado, como hemos pasado la mayoría de los pacientes.

1: O sea, que tú crees que es importante para no coger ese camino extremo el no perder los vínculos, ni que se te dé de espalda, ¿no?

E17: No, no, no.

1: Por eso te quiero decir. Tú como experta porque lleva muchos años...

E17: Uy, experta. ¿Experta en qué? [risa]

1: Hombre, experta en esto. Sabes lo que son los tratamientos, sabes la cantidad de profesionales que hay...

E17: Sí.

1: Sabes que es un problema social y un problema personal... cómo crees, en términos generales, a nivel de sociedad, crees que lo ven como un problema o si lo ven como una cuestión que se tienen que encargar unas personas o es algo que nos incumbe a todos...

E17: Hombre, esto debería de ser entre todos en general. Porque es un problema nuestro pero que también influye a mucha gente, ¿me entiendes qué te digo? A familias, hijos, sobrinos... en fin, a toda la familia se la implica. Si hay un familiar que la toca, que toca el “tema”... Y yo desde aquí hago un llamamiento de que, por favor, pongan más centros como en el que estoy. No sólo aquí en Andalucía, porque es único en España y Andalucía. Y yo pido que, por favor, que pongan más centros, pero en toda España. Porque hay mucha gente que muere todos los días y mueren no por sobredosis de pureza, sino por porquería que le mete el gitano que quiere ganar diez mil pesetas más, ¿me entiendes lo que te digo? Y eso es una lástima, la verdad. Porque, sí, es un problema que nadie nos obliga a meternos en este tema, ¿no? Pero...

1: Eso te quería preguntar, ¿qué es para ti el problema de la droga?

E17: Es que cada uno tiene su problema, ¿me entiendes? El mío fue el que te he contado, mi chiquillo. Otro, yo que sé... ¿me entiendes?

1: Sí.

E17: Pero yo te digo una cosa. Que ninguno de los que tocamos el “tema”, ninguno, seguro, seguro, yo te digo a ti que seguro que por gracia de meternos a ver cómo se siente, eso no lo habrá hecho. Lo habrá motivado algo a hacerlo.

1: O sea, que tú crees que siempre hay algo que detrás, ¿no?

E17: Sí.

1: Y tú como persona, cuando se dice “es que el problema de la gente que está...”, tú, como persona que dice “oye cuando estáis hablando de eso, yo...”

E17: ¡Hombreee! [palmada]. Es que se habla, por ejemplo, está mal, es feo y no quiero compararlo con el tema del cáncer: todo el mundo el cáncer, hasta monedas para el cáncer... Porque yo he dado, ¿me entiendes? Pero esto es parecido. Esto es parecido. No es igual porque no es igual. ¡Ni mucho menos! Pero es parecido. Es un tema que es peligroso. Es un tema que lo va a haber como no pongamos remedio a ello. Lo va a haber hasta que el mundo sea el mundo.

1: Eso quería saber. Sabiendo el boom de los 80...

E17: Sí. Yo soy de los 80.

1: ...y la explosión de libertades...

E17: ¿Sabes dónde están la mayoría de mis compañeros de los años 80? Enterrados.

1: La verdad que ha habido mucha gente. Yo he conocido a gente y lo he visto desde que era pequeño el cómo iba cayendo la gente... Y por eso te digo, ves cómo han sido las cosas y cómo la gente joven se acerca a las drogas... ¿Tú como lo ves? ¿Ha cambiado algo? ¿Estamos más informados?

E17: Es que mira...no, no, no. Ahora es cuando la gente está informada. Ahora yo te digo una cosa: el que cae, yo sé que ese está informado. No como en los años 80 que no se sabía nada de eso. Porque yo cuando me enganché y ese día no me puse y dije "uy, qué mal estoy". ¡Leñe!, como que fui al médico.

1: ¿Y lo que te dijo es que tenías un cuadro de abstinencia?

E17: Claro. Llegué y me enteré que eso era un "yuyu". Un cuadro de abstinencia. Como se dice vulgarmente un mono.

1: Y crees que la gente le tiene menos miedo a las drogas y la heroína sí se la tiene por esa cosa que es el yonki, o tú como lo ves.

E17: Es que estamos muy mal vistos. Muy mal vistos. Muy mal vistos.

1: Por eso te lo quería preguntar, ¿por qué?

E17: Es que algunos tienen tela. Algunos tienen tela.

1: ¿Conoces algún programa de mediación con gente que ha sufrido robos y que los han cometido estando en abstinencia

E17: No, no. No conozco. No existe. Y debería existir porque evitarían... pero esto es como el pececillo que se muerde la cola. Porque a ello les interesa. Porque ganan....Gana el camello, gana el abogado, si hace algo; gana el policía, gana el juez, ganan los carceleros... fíjate a cuantas personas les estamos dando de comer.

1: Y cómo ves la relación entre drogodependencia y cárcel. ¿has conocido a gente que ha pasado por la cárcel?

E17: Sí, sí.

1: Y qué te dicen.

E17: Yo no he estado. Toquemos madera. Yo no he estado. Todavía.

1: De todas formas solo querría hacerte un par de preguntas y no robarte más tiempo.

E17: Sí.

1: Pues simplemente...

E17: Dime.

1: Como hemos estado hablando de la heroína como medicina y es algo que os estoy preguntando a todos, ¿qué es para ti la droga?

E17: Una medicina. Porque si no consumes y habitualmente consumes, si no consumes tienes malestares. Pues mira: vómitos, diarrea, dolores musculares, dolor de huesos, lagrimeos, bostezos, escalofríos, pelos de punta... o sea... Ahora, te pones y fuera todo eso. La droga es medicina. Es medicina. O sea cuando tú vas a un hospital y a un enfermo terminal le mandan morfina para que le alivie los dolores al pobre hombre o mujer, eso es droga. Y eso sí está legalizado.

1: Sí. O sea, veo por lo que me dices que es una cosa que necesitáis...

E17: Sí.

1: Vale.

E17: Pues hemos hablado de qué es para ti la droga, de la cuestión de los estereotipos, de lo que ha sido la participación en el programa y bueno, pues querría preguntarte qué expectativas tienes o le ves a este programa.

1: De momento yo lo veo bien. Dios quiera que esto siga más años y que entre más gente. Y que esto que ha sido ahora, que hemos sido pioneros, se implante en toda España.

E17: Eso te quería preguntar, ¿vosotros habéis estado haciendo de apoyo a la gente nueva que ha ido entrando?

1: Sí.

¿Cómo fue esa colaboración? ¿Os pidieron ayuda os profesionales? ¿Cómo fue?

E17: Nosotros les hemos dicho, les hemos asesorado, de cómo iba la cosa. Luego, los profesionales, también se lo han comunicado. O sea, que no ha habido problema alguno.

1: Pues ya sólo me queda, antes de nada, agradecer de nuevo tu tiempo.

E17: De nada.

1: Encantando de conocerte. Que ya nos conocimos el otro día y hablamos y siempre has estado muy cercana y que me ha gustado porque no tienes porqué contarme nada y lo has hecho.

E17: No, no. No es secreto.

E17: Y, bueno, dejar este momento por si quieres añadir algo.

1: No. Que haya más sitios como este en toda España.

E17: Pues muchas gracias.

1: A ti, a ti.

USUARIO RECURSOS E18:

[Esta entrevista tiene lugar en la vivienda particular en la que reside la persona contactada. Tras unos minutos en los que explicamos los porqués de querer hacer esta entrevista y pedir permiso para su registro, activamos la grabadora].

E18: [hablando de su situación personal]... A mí me la refanfinfla. A mí nadie me da de comer... pero que mi madre y me hermana no sufran. Y como ellas no sufren desde que estoy bien desde hace

quince o diecisiete años que estoy bien, pues... entrecomillas... Que no voy a la cárcel, que no robo, que no miento, que no me busco la vida para la droga.

1: Bueno, pues si quieres, para romper el hielo, siempre desde el máximo respeto, ¿me entiendes?

E18: Sí, sí.

1: Porque para mí es algo muy importante.

E18: Sí, sí. No te preocupes, por favor.

1: Si quieres decirnos quién eres y contarnos un poco y presentarte...

E18: Me llamo F. Tengo 54 años. Nací en Granada. Me he criado en Madrid, Barcelona, en Bilbao, en Almería, en Murcia, en Salamanca. No tengo prácticamente estudios porque era muy indisciplinado.

1: La cosa de contactar contigo es porque estoy haciendo mi tesis de Sociología sobre la drogodependencia y cómo son los enfoques y las intervenciones sociales con una población que se entiende como drogodependiente y con consumos. Por eso me pongo en contacto contigo.

E18: Mi opinión es que para lo que había hace 15 años ahora hay muchísimo. Y el programa es la guinda del pastel. Para mí. Es algo que tendrían que implantarlo en todo el planeta.

1: ¿Has estado en CAIDs?

E18: He estado en metadona, he estado..., bueno, ¡en todo! He estado en comunidades en tres ocasiones. He estado abstinente durante cuatro años, después de una comunidad. Pero soy muy débil y recaí. [suspiros]

1: Bueno, siempre donde tú te sientas cómodo, podemos hacer un paseo, porque a mí me gustaría comparar lo que son los Centros “tradicionales”, o al uso, y...

E18: Sí. Pues todo ayuda. Mejor que la calle... Pero como el ambulatorio en tu casa y como un programa como el de PEPSA, ninguno. Si te vas a una Comunidad estás aislado trece meses, máximo, en un sitio rodeado y protegido entre algodones, entrecomillas, porque no puedes ir a comprar a no ser que te saltes el protocolo, te salgas y te expulsen. Entonces, la comunidad tiene eso: tienes tiempo para pensar. Yo fui a una Comunidad y no quería. Estaba en contra de ir pero el juez me dijo: “o a la Comunidad o a prisión”, y me fui a la Comunidad. Estuve trece meses allí y hasta los seis meses no me di cuenta del problemón que tenía. Pero a los seis meses de estar en la Comunidad, ¡joder!, empecé a interiorizar, a pensar... ¡es que no podía pensar, tío!

1: ¿Hace cuánto tiempo?

E18: Te estoy hablando de hace 20 años. Y hace 15 que no me ponen unas esposas. Bueno, 17.

1: ¿Y cuándo empezaste a consumir?

E18: Con 26 años.

1: Pero, ¿en la calle o...

E18: Sí, en la calle. Mi mejor amigo me dijo: “vamos a comprar...”. Yo sabía que esto iba bien, que era malo, porque los yonkis de mierda me daban miedo. A mí, los toxicómanos no los quería a mi lado. ¡Para nada! Pegaban a su familia, y robaban a su familia... qué no le iban a hacer a un desconocido. O a un amigo. ¡Pues toma! ¡Dos tazas!

1: ¿Y después de eso empezaste con la delincuencia?

E18: No. Pasó un mes, pasaron dos meses... En vez de 500 pesetas o 1000 pesetas de media en el fin de semana, pues eran 1000 pesetas todos los días. Pasó otro mes y ya no eran 1000 pesetas, ya eran dos o tres gramos.

Yo tenía un bar, un negocio. Tenía un Seat Panda, un Peugeot 505... vendí el Panda, vendí el Peugeot, dejé de pagar a los distribuidores de cerveza... Acumulé deudas y cerré el bar.

1: ¿Tenías un bar?

E18: Sí, en Almería. Se llamaba "T. T. T.". En el centro. Era muy bonito. Me buscaba la vida bien. Vendía hachís y vendía cerveza. Y, bueno, cerré el bar. Todo esto en el plazo de dos años. Desde que empecé a consumir hasta que me fui a la ruina. Dos años. Empecé a pedirle a los amigos, a la familia... los amigos dejaron de hablarme: a uno le debía 20.000, a otro 15.000, a otro 1.000... ¿sabes? Entonces empecé a todo el que podía, le sacaba: 500 pesetas a uno, 100 pesetas a otro... lo que podía. Y al final nadie me daba nada, pues me puse a robar.

1: ¿Ahí fue cuando empezaron los problemas judiciales?

E18: Sí, ¡claro! La primera vez fue bien, la segunda bien, la tercera bien, la quinta bien, la vigésima, de tantas,... ¡Pum!... Mal. Y a partir de ahí, miraron para atrás y salieron mal todas. No me puse guantes. Me metía en las sucursales bancarias y me llevaba las fotocopadoras, el poco dinero que había suelto... Lo que había. Me pudieron encasquetar seis.

1: ¿Y a partir de esos encausamientos fue cuando empezaste a negociar con las autoridades tu entrada en terapia?

E18: No. Mi abogado habló con el juez... Yo nunca había sido conflictivo, además. En una de las ocasiones estaba en el banco, amaneció, no me di cuenta y apareció el director. Y me fui para él con un destornillador que era con lo que había entrado. Y el director se puso blanco y le dije: "no se preocupe usted. Todo funciona perfectamente"; como si yo fuera un técnico. Lo esquivé y me fui. Y cuando me detuvieron fuimos a un careo y por un cristal, para ver si me reconocía o no, y se va el director, me llama el policía, el inspector J., al lado del juez y se reía: "¿Qué? ¿No me ha reconocido?"; "Vaya que si te ha conocido. Nada más entrar". "Y, bueno, ¿y qué?"; Y el juez: "No te preocupes. Le he preguntado que si le amenazaste y me dice que no, que le diste los buenos días". Eso, me asusté, con el destornillador en la mano, y le dije: "Muy buenos días. No se preocupe que todo funciona perfectamente". Es decir, que yo siempre he intentado... Mis principios nunca me han dejado robar ni mentir. Porque está muy feo y no me gusta. Ni los mentirosos ni los ladrones. Y soy uno de ellos. Era uno de ellos. Y todavía tengo secuelas. Y delincuente, tampoco me gusta. Pero la necesidad... De verdad, las circunstancias y la necesidad obligan. No me estoy disculpando. Yo lo que hago, lo apechugo. Además, lo he pagado: me he llevado diez y he pagado 100. Así que estoy más que en paz. Y la Justicia es mentira. Todo mentira: cogen a uno y le echan nueve años; un padre de familia que se está buscando la vida y a otro que le pillan con dos kilos y le echan cuatro años. Y a los dos los echan a la calle. Esto es una barbaridad. Es una sinrazón. Nosotros sostenemos a los jueces, al sistema judicial, al sistema penitenciario... ¡Sí! Los cuatro pobres desgraciados.

1: Y en la cárcel, ¿te vinculaste con estas cuestiones políticas?

E18: No.

1: ¿Cómo fue tu periodo en la cárcel?

E18: Mi periodo en la cárcel fue pasar el síndrome de abstinencia muy mal, intentar no apuñalar a nadie y que no me apuñalaran por un cigarro de mierda, o por un café o por una Cola o por una mala

mirada... Y bueno, intenté sacarme el graduado escolar. No lo conseguí porque cuando iba a hacer el examen me dieron una conducción y me trajeron a un juicio a Granada. Pues nada, intentar no matar a nadie, ni meterme en problemas. Porque entras para pagar cuatro años y se te juntan catorce o quince. O por drogas, o porque le debes a un amigo, o porque se meten con un amigo, le pinchas delante del funcionario y de cuatro... te has buscado otra. El día a día en una prisión es raro. Es raro. ¡Joder si es raro! A mí me da repelús, me da miedo. Yo no quiero volver a que me encierren.

1: ¿Pero ya tienes superada esa etapa?

E18: Sí. No. Entrecomillas. En cualquier momento me pueden encerrar por cualquier cosa. En cualquier momento. Soy supersticioso.

1: Vale. Me gustaría saber, dada tu experiencia...

E18: ¡Imagínate ahora! No tengo ingresos de nada. Estoy pensando en salir a trapichear por la calle, a trapichear con un poco de hachís que es lo único que me admite mi conciencia. La heroína y la cocaína me dan más beneficios, pero no quiero ni una peseta de eso. Ni una peseta. Deberían desaparecer de la faz de la tierra. Porque yo ya he pasado el trago, entrecomillas, pero ¿y las criaturas que vienen detrás? ¿Sabéis el ejército de criaturas que vienen por detrás que no saben dónde se están metiendo? Uff... ¡Qué miedo! Pobres padres, pobres familias...

1: ¿Crees que los consumos de cocaína y heroína están volviendo al alza?

E18: No. pero está ahí. Con que uno caiga. Con que haya una familia desgraciada, arruinada, sin vivir... ¿tú sabes lo que es esto? Ni tu madre duerme, ni tu hermana duerme... quien te quiere un poco no duerme. Le quitas el sueño. Porque les llaman o porque vas a la cárcel, o porque has hecho algo... Nunca hay una buena noticia. Todo es malo. Y, encima, tu salud mental y física... ¡alucina, vecina! Yo no sé cómo estoy como estoy, porque me he hecho tanto daño... Me he metido tanto veneno en la vena que no sé por qué estoy así. No lo sé. Tengo una suerte increíble: no he cogido el VIH.

1: ¿Y tienes hepatitis?

E18: Sí, las tres. Ahí, todas para mí: A, B y C. No me he dejado ninguna. Pero las tengo ahí, que los médicos me hacen [los exámenes de] las transaminasas y todo eso y que he negativizado. Me dicen: "no te preocupes". Cada seis meses me hacen un chequeo total. Siempre me dicen que no me preocupe, que tengo las transaminasas como una persona normal y corriente.

1: ¿Cuándo entraste en el PEPSA?

E18: Hace nueve años.

1: Y cómo fue el proceso de entrada.

E18: El proceso fue que un muchacho me captó en la calle y me dijo que fuera. No fui. Me volvió a ver y me dijo que fuera. No fui. Otra vez me vio y me dijo que fuera y no fui. Hasta que un día me montó en el coche y me llevó. Entonces me apunté.

1: ¿Era alguien del PEPSA?

E18: Sí. Un muchacho del PEPSA. Yo lo debo mucho. Pero mucho, mucho, mucho. Y mi familia también. Y al que se le ha ocurrido hacer este experimento. De verdad. Porque, yo, con la metadona seguía consumiendo en la calle. No robaba, no mentía porque no era lo mismo de antes: consumía 2.000 pesetas, 5.000 pesetas, como máxima al día. Pero había que buscar esas 5.000 pesetas.

1: Sí. Si ya no tienes que buscar esas 5.000 pesetas ya no tienes que estar en la necesidad de...

E18: De mentir, de robar. Porque trabajando no las sacas.

1: ¿Y cómo ha sido el proceso en estos nueve años?

E18: Pues bien. Al segundo año de estar en el PEPSA conseguí dejar consumir en la calle. Yo, estando en el PEPSA y poniéndome la inyección, cada quince días consumía 1.000 pesetas. Cada vez que iba a por hachís, compraba una paquetilla o dos. Y eso era cada dos o tres meses. Pero que me hacía pedazos. Porque yo no quería consumir.

1: Y cómo conseguiste ese dejar...

E18: ¿Dejar de consumir? Pues empezaron a hacerme mal las consumiciones de cocaína. Empezó a sentarme mal, empecé a emparanoiarme con que se me iba a caer la casa encima, que me iban a quitar mis perros. Paranoias tontas.

1: ¿Y hacías “speedball”?

E18: Sí, mezclaba la heroína con la cocaína. Como las últimas veces. Bueno hasta la última vez, hace dos años en navidades, 2000 pesetas... También me dio paranoia.

1: ¿Y notas diferencias de cuando consumías en el PEPSA y cuando consumías fuera? Las motivaciones, las sensaciones...

E18: Sí, claro. Jolín. Para mí, el PEPSA, es un hospital. Y lo que yo consumo no es droga, es un medicamento. Es que sin querer...Yo no me coloco. Yo me pongo una inyección y no me coloco. Bueno, me puedo colocar ocho minutos. Ocho minutos en los que puedo tener una ensoñación. Pero ya está. El resto del tiempo soy yo: pienso, tengo inquietudes... El problema es que me da por pensar en el pasado. Y todo el mundo me perdona menos yo. ¡Qué asco! ¡Qué prepotente!

1: Y respecto a los centros de drogodependientes, los centros integrales, los centros de atención y el PEPSA, ¿notas diferencias?

E18: Sí. Grandísimas. A mí un centro de estos me ayuda en el momento, pero cuando salgo, al año, el primer año, o el segundo, pero... a poco que me van muy bien o muy mal las cosas, recaigo. Entonces, todo tirado por medio, me vengo abajo y digo “no valgo para nada”, “me dan ganas de morirme”, “me quiero suicidar”... “porque he vuelto a fracasar después del esfuerzo que he hecho y he ilusionado a mi familia y todo el mundo diciendo ¡Hostias, lo has conseguido!”... Y de pronto: “¡Catapum! F que la ha vuelto a liar”. Decepcionas a todo el mundo. Nadie cree en ti, ni tu madre, ni nadie. Aunque llevo quince años abstinente. Bueno, “abstinente”, con el medicamento.

1: Al final, realmente, es eso: ¿cómo crees que es el consumo cuando lo hacías antes y cómo es...

E18: Pues en la calle eran 100.000 pesetas o todo lo que tenía y más. Y me hacía mucho daño a nivel físico y mental. Y ahora consumo dos inyecciones al día y no me hace daño ni a nivel físico ni a nivel mental. ¡Fíjate la diferencia! Y, encima, estoy equilibrado emocionalmente. Ya no tengo la llantera que tenía antes, ya no tengo ganas de morirme, ya no soy una mierda pinchada en un palo... ¿Sabes lo que es sentirse una mierda? ¿Yo qué pinto aquí? ¿Para qué me ha parido mi madre? ¿Para ser un malaje? ¡Qué va!... Te dan ganas de morirte, eh.

1: ¿Y has entrado en programas de inserción laboral o desde que cerraste el bar no has vuelto a tener una estabilidad laboral?

E18: No. Nunca he tenido. A partir del cerrar el bar me hice toxicómano y nunca más he vuelto a tener vida laboral. Y si te piden el certificado de prisiones, ya...

[Paramos la grabación porque la persona entrevistada tiene que hacerse cargo de su perro]

E18: Bueno, continuamos...

1: Sí. Te preguntaba sobre la relación y las diferencias que había entre...

E18: Comunidad terapéutica y PEPSA.

1: Sí. Y entre Centros de Atención y PEPSA.

E18: Pues, a mí, lo único que me ha funcionado al 100%... Bueno, al 90%, porque nunca es al 100%, es el PEPSA. Y lo recomendaría para Madrid, Barcelona... para todas las capitales esto sería.... Se eliminaría el 80% de la delincuencia en poco tiempo. Las familias.... No los yonkis de... bueno, de mierda.... No ya los enfermos, sino su familia y sus amigos y todo su entorno, su barrio y su ciudad iban a ganar por todos lados. En tranquilidad, ya no habría alarma social por robos estúpidos... Porque esto tiene el problema de que no piensas. Cuando te duele todo, no piensas. Llegas a hacer daño a alguien, incluso. O le pegas un tirón a una mujer. Y yo sé quién lo ha hecho. No me gusta, ni lo he hecho, pero sí sé quién lo ha hecho. Y el que no tiene hermana, tiene madre. No mola que no se lo hagan a tu madre o tu hermana.

1: ¿Pero tú, por ejemplo, lo pondrías en marcha con toda la gente que lleve consumiendo tanto un año como diez?

E18: No, no. La verdad, mi opinión, es que intentarían irse antes a una Comunidad. Es mi opinión. Quizás lo que harían, seguramente, es irse directamente al PEPSA. Porque el instinto me dice: “vete directamente al PEPSA porque vale, te vas a una comunidad un año, a estar un año o un año y medio abstinente, dos años... recaes, antes o después; por no decir a los seis meses o a los dos días de salir de la comunidad”. Yo, en una de las veces que salí de la comunidad tardé cuatro días.

1: ¿Y qué significado tiene para ti la recaída?

E18: La recaída es el infierno otra vez. Otra vez me decepciono, decepciono a todo el mundo, otra vez en vez de levantarme y sonreír te levantas y te quieres morir, y lo que quieres es un “pico” de mierda.

1: Por eso te digo, ¿qué es lo que a ti te hace que cuando consumes, de una forma u otra, te cambie la forma de percibirte?

E18: Porque sé que a la corta, las consecuencias son terribles.

1: ¿Por?

E18: El enganche contrae muchos problemas: psíquicos, físicos, emocionales, laborales, sociales, familiares... por donde lo mires es mierda. El consumo tiene de bueno el principio: un año, medio año, dos años con suerte. Todo lo demás es mierda. Es que no vale la pena engancharse en la droga, ¡coño! Si es que te pones a sopesar y el beneficio es nada y el perjuicio es grandísimo.

1: Y, por ejemplo, cuando he hecho entrevistas a profesionales que se dedican a este tema pero pertenecientes a asociaciones a pie de calle...

E18: ¡Buff! ¡Menuda papeleta! Criaturas sin dientes, hechas polvo y desesperadas. Pobrecitos. Pobres almas. Pobrecillos de verdad. ¡Qué mal lo pasan! Porque sé cómo se pasa porque lo he vivido

en mis carnes. Sólo en una escalera, lleno de pinchazos de mierda, con olor a pipí, a orina y limón... ¡Pfff! Nadie se te acerca. Y si se te acerca es para robarte o para engañarte o utilizarte....

1: ...pues cuando hablo con ellos, y gente anónima que hablas con ella en espacios informales, pues les pregunto sobre si creen que el estigma sigue igual de vivo que antes...

E18: Pues más o menos. Entrecomillas. No está asumido todavía. No.

1: ¿Y qué crees que haría falta para que se asumiera, tanto a nivel individual como a nivel de políticas?

E18: Si es que mientras que no te toca... A nivel individual, mientras que no te toque un hermano, un primo, un amigo... te la refanfinfla entrecomillas. No te duele. No es tu problema. "a mí esto no va conmigo". Ya cuando te toca...dices: "¡coño! ¿Qué hago ahora? ¿En qué puedo ayudar?".

¿Las políticas? No interesa. Están echando a ancianos, a padres de familia de sus casas porque no tienen trabajo para pagar.... Esto es una mierda. Es una desgracia. El pueblo siempre va a ser el que paga los platos rotos. Pero no de ahora, mira para atrás y siempre ha sido así. Antes era peor. Antes te lo quitaban todo, tenían derecho de pernada... se follaban a tus hijos, a tu mujer y te metían preso. Decían que eras brujo y te ahorcaban. ¡A tomar por saco! La religión católica.

1: ¿Crees que hay alguna cuestión política en lo que fue el "boom" de la droga en los años 80 y 90?

E18: Sí. Ahí ha habido de todo. Ahí ha habido de todo: ha habido comisarios que se han enriquecido, jueces que se han enriquecido... Ha habido de todo. Mucha corrupción. Cogían a un camello y lo hacían polvo. Y el camello, que les servía, merendaba con ellos en la playa. Tenían hasta una discoteca. Yo sé de un policía que era socio de uno de los camellos. Tenían una discoteca.

1: Bueno, eso me lleva a que cuando hablamos de droga la gente se suele referir a un solo sentido de la droga, a ese infierno, a ese problema...

E18: Sí. Es que es lo único que te queda.

1: ...pero ¿tú crees que la droga es una palabra más compleja que se queda corta o que no refleja todo lo que hay detrás de este mundo?

E18: La droga, para mí, el problema radica en que si no tuvieras que delinquir, no perdieras la salud y no perdieras todo tu entorno y que no todo fuera un infierno entrecomillas... Siempre digo que para unos es más infierno, para otros más purgatorio y otros que tienen más dinero... tampoco es la Gloria. Si es que la droga no te trae nada bueno. A mí solamente me está ayudando, y no mucho, el PEPSA. Digo no mucho, porque últimamente estoy pensando en dejarlo.

1: ¿Por?

E18: Porque me gustaría volver a estar abstinente. Pero le tengo un miedo a la recaída.

1: ¿Por qué le tienes miedo a la recaída?

E18: Porque es lo que me ha demostrado la experiencia: que lo he dejado y he recaído. ¿Por qué no voy a recaer ahora?

1: ¿Crees que es un caminar sobre la cuerda sin red?

E18: No, no. Porque con la edad que tengo, si volviera a recaer, no esperaría a estar otra vez preso, haber robado y mentido. No, no, no. automáticamente me iría al PEPSA. Lo tengo clarísimo. Pero y si tardan en ingresarme quince días o un mes... Es que no quiero arriesgarme a tener otra vez... Y como

soy débil porque me lo he demostrado porque en mi vida he recaído en cinco ocasiones. O sea que no han sido ni una ni dos... Una vez estuve hasta cuatro años abstinente. Pero, ¡qué va!

1: ¿Y qué fue lo que te hizo recaer?

E18: Me abandonó mi esposa y...

1: ¿No pudiste con ello o qué?

E18: No, no. No es que no pudiera. Me dejó y a los tres o cuatro días me di un festival y me decía que no pasa nada, qué va. Pero sí pasaba, ¿no? Me di el festival y no paré. Es una excusa. O te van muy bien o te van muy mal, tienes la excusa para consumir. Aunque te vaya también muy bien. También recaes porque te va muy bien.

1: ¿Siempre hay algo que celebrar o algo que olvidar?

E18: El subconsciente. Ahí hay un montón de cosas guardadas, escondidas que te hacen, que te hacen... Soy un subproducto de mí mismo. Estoy más que condicionado por muchas cosas.

1: Me resulta fuerte que tú hables de “yonki de mierda”...

E18: Porque los yonkis son unos yonkis de mierda. No respetan nada, engañan a dios y a su madre y su hermana. No tienen amigos, no son leales, son traicioneros. ¿Para qué quiero yo un elemento de estos? ¿Para cortarle la cabeza en una de ellas o qué? ¿O para que me la corta a mí por 1000 pesetas de mierda? No, hombre, no. Quitá, quita. No los quiero a mi lado.

1: ¿Y crees que detrás de la droga hay otros problemas?

E18: Es un cúmulo de cosas. No es solamente la droga. Hay muchas cosas. Cada uno tiene su historia.

1: ¿Crees que los programas, sea el que sea, recogen esa complejidad?

E18: No. En absoluto. Ni un 5%... Bueno, sí. El PEPSA un 5% o un 10%.

1: ¿Crees que es el que más...

E18: No, hombre, no. cada uno hace lo que puede.

1: Digo de los servicios que hay.

E18: Bueno, las comunidades sí que se implican mucho más. No sé si te hacen bien. Porque te neutralizan de alguna forma y cuando sales a la calle estás solo y...je, je, je.

1: ¿Crees que hay sitios donde puedas reforzar tu propia identidad o tu propia fuerza interior para ser tú mismo el protagonista de tu proceso?

E18: Se tiene que dar la suerte de tener la edad, la experiencia y estar harto de ser un fracaso y un busca ruinas. Que se te junte todo eso y “¡Hostias! O me estoy quieto... si me muevo es para prosperar. Para hacer daño...” es que ni respiro.

1: En tu experiencia, ¿has estado con gente que ha estado fuera, que tiene mucha experiencia y que lo ha dejado?

E18: Uno. Uno. Uno. Uno.

1: ¿Y tú no te ves como un experto temático que sabe lo que es la droga?

E18: Yo podría ayudar a muchísimas personas. Entrecomillas. Si ellos se dejan ayudar. Si no, a nadie. Pero el que se quiera dejar ayudar... le podría orientar. ¡Joder! Le podría dar la felicidad a él y a su familia. Siempre que utilizaran las herramientas que yo utilizo en el PEPSA. Yo estoy hablando de utilizar diacetilmorfina, eh. Antes me ponía 260, ahora me pongo 125. Y dentro de nada 90, o 50. Y no me saldré por miedo. Pero si pudiera me saldría. Y me tomaría por las mañanas un cola cao. Y ya está. No una inyección. Más grande o más chica.

1: ¿Y cuándo consumías metadona fuiste rebajando los niveles? ¿Cómo fue tú...

E18: Con la metadona consumía mucho en la calle. La metadona no me funcionó.

1: ¿Con la metadona nada?

E18: No me funcionó. No me funcionó. Echaba de menos la aguja, el pinchazo, la parafernalia de la cuchara, del tapón, del algodón... Lo echaba de menos. Porque son varios años haciendo eso todos los días.

1: Eso te quería preguntar, cuando consumes, no solo consumes heroína, ¿no?

E18: Heroína y cocaína. Mezcla.

1: Me refiero a eso que dices tú, lo que es el mundillo, esas sensaciones...

E18: Y luego, aparte, pues ir al barrio y ver a la puta esta, al cabrón aquel, al chorizo este, tener cuidado de que no se te acerquen por la espalda, el no confiar en nadie...

1: El mundillo, ¿no?

E18: Sí.

1: Y esa cultura, ¿Cómo la valoras? ¿Cómo es esa subcultura?

E18: Buff... ahí está. No la quiero ni para mí ni para nadie. Son barrios marginales y, pobrecitos, bastante tienen con tener que vivir ese estilo de vida... que, que pobre... ni una biblioteca, ni un teatro... ¡Qué lástima saber lo que se pierden!

1: ¿Y crees que las instituciones y las organizaciones están al servicio de las personas?

E18: No. En absoluto. Es un paripé. Esto es todo un paripé. Si están a tu servicio es porque tienen muchos beneficios por algún lado. Ni no fuera así, ni se preocupan por ti. Si tienen beneficio... Por ejemplo, si la Unión Europea les da 100 millones, ellos se llevan noventa y...

1: Y más allá del beneficio económico, ese explícito de las subvenciones, ¿crees que hay algún otro más profundo dentro de lo que es la droga?

E18: Uff. Los había antes. Ahora ya no lo sé. Es que mueve muchísimos millones. Esto es una barbaridad. Hablamos de Colombia y cocaína... ha patrocinado a las FARC y el copón bendito. Sabe dios lo que está moviendo esa gente. No lo sé. Yo hasta ese nivel no. Yo lo que sé es que a nivel familiar destruye. Y no interesa para nada. Debería desaparecer de la faz de la Tierra. Y no lo digo por mí, yo ya... aquí estoy. Yo ya he pasado cárceles, decepciones, abandonos, que no te quisiera ni tu madre, que nadie diera un duro por ti... Por mí no daba un duro nadie. Hace 20 años...

1: Bueno, antes, hace 20 años nadie daba un duro por ti, pero aquí estás hoy.

E18: Antes no. Ahora sí. Hasta me dan dinero para preguntarme para qué. Mi madre me da 50 euros todos los meses. Todos. Y a mi hermana le digo: "cariño que necesito 50 euros" y ella no me dice

“no, no. Yo se los doy a quien se los debas”. No, no. Me da los 50 euros. Sabe que no me los voy a meter por la vena. Pero todavía veo en sus ojos “a ver cuándo la va a pringar”. Están esperando, “a ver cuándo la va pringar”. Y están sorprendidísimas.

1: ¿Te lo tomas como un desafío o cómo?

E18: No, no. La diacetilmorfina es muy, muy fácil hacer lo que estoy haciendo yo. Llevar una vida, entrecomillas, es bastante fácil. A poco que te empeñes. Tienes cubierto que no te duelen los pies y... que no piensas en consumir. Yo no pienso en consumir.

Mira, ¿dónde iba a hacer así [busca entre los bolsillos y saca unos billetes de ellos] y tener encima 50 euros? Y en casa, guardados, 300 o 400 euros. Dime, ¿cuándo? He tenido siempre números rojos y enemigos buscándome para pegarme. Porque los he engañado para sacarles 1000 pesetas. Y luego les he dejado esperando la botella de whisky o lo que le hubiera prometido. ¡Joder lo que cambia la cosa! ¡De verdad!

1: A partir de la diacetilmorfina, me gustaría saber la relación que ves entre la medicina, la droga y el veneno y lo que son la diacetilmorfina y la heroína.

E18: Yo no me siento, hoy por hoy, politoxicómano. Me siento enfermo en recuperación. En tratamiento y en recuperación. Pero así muy de lejos. A veces ni me siento enfermo ni nada. Soy una persona que tiene una diabetes y se pone una inyección y sigue con la vida.

1: Por eso te quiero decir, ¿qué es lo que ha cambiado?

E18: La sustancia, el trato, que las enfermeras me tratan como un ser humano... algunas veces no, te miran como una mierda. Pero es lógico, somos humanos. Pero, en general, te tratan como una persona. No como un enemigo o un tío que te la va a dar por la espalda. Es que ver a la gente que desconfía... “toxicómano” y ya te miran de otra forma.

1: ¿Crees que la gente tiende a asociar al drogodependiente o al toxicómano como...

E18: ¿Con la delincuencia? Sí.

1: ...como algo irreal. Es decir, como un monstruo o...

E18: Como un monstruo no. Pero como alguien de muy poco fiar sí. Y tienen razón. Tienen mucha razón. No somos nosotros mismos.

1: ¿Pero por dónde pasa esa cuestión? A veces se asocia esa figura del yonki, eso que dices tú del yonki de mierda, con esa cosa del zombi, como esa persona que no es sí misma, pero ¿cómo se llega a no ser tú mismo: de la necesidad, de la sustancia, de los problemas...?

E18: Es un poco de dolor físico y psíquico. Es que cuando tienes el mono, el famoso mono, te duelen las articulaciones, te duelen los tobillos, los codos, las rodillas, las muñecas, las articulaciones de los dedos... ¡el pelo! Te tocas el pelo y te duele. Que dicen que es imposible. Pues te duele. Entonces, eso, te hace espabilar y abrir los ojos... engañar al camello, robar... Te hace...

1 Sí. La calle.

E18: Bueno, yo he estado en Almería a las dos de la tarde, recién cerrada la tienda, le he dado una pedrada y me he llevado cuatro cámaras de vídeo. Y gente pasando arriba y abajo. ¡En el paseo de Almería! Esa es una de ellas.

1: Y viendo todo lo que has vivido tú y la situación en la que estamos, ¿cómo ves los jóvenes que consumen, el rollo de la fiesta...

E18: Yo, ahora, no sé si estoy quitado de en medio o qué es lo que pasa, pero no hay tanta alarma social como antes. Ni se ven tantos robos a destajo por todos los lados, ni tantas madres llorando porque sus hijos están en la droga... y no si es porque... Yo creo que es porque hay tratamientos de metadona y, entonces, ahí hay metidos un 40% o un 70% quitados de en medio y eso se nota una barbaridad. El tratamiento con metadona no te quita del todo pero te ayuda. Entrecomillas. Yo prefiero metadona a nada. Mil veces. Y mira que la metadona no me ayuda, no me deja hacer de cuerpo todo los días, me hace incluso daño... nueve o diez días sin poder hacer mis necesidades y cuando voy bufff.... Me da repelús. Te haces pedazos. La metadona, hay que tener cuidado con ella. De verdad.

1: ¿Crees que los programas de desintoxicación, o deshabituación, o el Uso Compasivo, hay que tener en cuenta que es para todo el mundo igual?

E18: Para todo el mundo no es igual, pero si te paras a pensarlo fríamente, incluso una persona que no haya tenido una recaída...le aconsejo el PEPSA. Pero que, de verdad, yo intentaría ir a una comunidad y hacerlo de la forma más natural posible. Deshabituarme e intentar estar abstinente en la calle. Pero es que es tan imposible. Porque los amigos te recuerdan, el sitio te recuerda, tu casa tu recuerda, todo te recuerda. Todo te dice “no pasa nada”. Y te autoengañas. Y como no tengas experiencia la pringas en la primera por falta de experiencia y por novato. Ya la segunda y la tercera es otra historia. La pringas también pero ya sabes dónde te metes. Pero ya casi tiras la toalla, ya dices “da igual. Soy un fracasado. No voy a salir de esto”.

1: ¿Y qué relación ves entre heroína y alcohol, cocaína y alcohol y los porros...?

E18: Yo más bien con el alcohol. La cocaína y el alcohol se llevan bien. Los porros se llevan bien con la heroína. Por lo menos desde mi experiencia y mi opinión.

1: ¿Cómo ves la relación entre drogas legales e ilegales?

E18: A mí, el porro... Llevo fumando desde los 14 años. Nunca he robado ni mentido para fumarme un porro. Nunca. Me extrañaría alguna vez. Por la cocaína he mentido y robado para consumir. Por la heroína, he mentido y robado a todo el mundo para consumir. ¿El alcohol? No he robado porque coges una botella tirada con dos dedos, o un cartón de vino del súper se mete debajo del sobaco o en cualquier sitio... Pero el alcohol, droga dura. Muy dura. Y se vende en todos los lados.

1: ¿Para qué crees que sirve esa división?

E18: Habría que legalizarlas todas. Pero llevando un control. Pero no interesa a nadie. Se acabaría mucha delincuencia... Se desmoronaría el sistema judicial. ¿Sabes todo lo que mueve todo esto?

1: Esa es la cuestión: da mucho dinero, pero también lo quita. Quita trabajo, tiempo, recursos para otras cosas...

E18: Y destruye familias. Pero a quién le interesa, no le interesa el pueblo. La persona en sí. Le interesa el capital, el dinero. Y como mueve mucho dinero... mueve ¡pfff! Yo lo veo en la tele y pienso “Madre de dios. Si es que mueve países. Es la renta de un país... como Portugal”.

1: Por eso te digo que cuál es la relación y cuáles son...

E18: Todo esto es una mentira. La sociedad, los seres humanos... Yo antes creía en los banqueros porque decía “bueno, no necesitan robar”, eran personas decentes y honradas, entonces los respetaba. Joder que fallo. Joder que fallo más grande. Y creía en Dios, en la Iglesia, en el Cielo, en el Infierno. A mí me la han metido doblada por todos los lados. De verdad, eh. De verdad. “venga guerra santa. A morir por dios”. ¡Por favor! Si es hablar de amor y construir, sí es amor. Pero todo lo que sea destruir ni Alá, ni Dios, ni Jesús, ni el Copón Bendito. Todo a la puta mierda. ¡Claro que sí! Si

es ayudarnos los unos a los otros, ¡adelante! Dios, Alá, Jesús o quien sea. Pero si es para matarnos... Como el Barcelona y el Real Madrid, pues moros contra cristianos... ¡Venga ya hombre! El pueblo, somos borreguillos. Yo el primero. Nos la meten doblada. Y encima estás condicionado por tu propia familia: soy católico, apostólico y romano. A mí me han bautizado, he hecho la primera comunión y he creído en dios. Me he peleado con quien se ha cagado... delante de mí no te cagas en dios. Ahora estoy súper enfadado con dios y con toda su familia. Sí. Por ser tan injustos y tan crueles. Por no mirar.... porque se muera un negrito de sed y yo mientras tanto tiro de la cadena al hacer pipí. No hay derecho. No hay derecho. No hay derecho. Porque no es mi hermano, ni mi primo, ni mi padre, sino ya sería otra cosa; pero como es una negro de mierda que ni lo conozco... "es un negro". No hay derecho, de verdad. Los seres humanos somos muy raros. Si nos dan tiempo vamos a acabar con el planeta. Me apuesto lo que sea. En serio.

1: Puede ser que estemos en ello, sí.

E18: Estamos empeñados. Estamos empeñados en ello. Creamos arcos, tiramos flechas. Creamos pólvora, tiramos balas. Hemos creado la energía nuclear.... Las vamos a utilizar y lo vamos a pagar todos. Menos los que estén en la MIR que se morirán de penica por ver lo que hemos hecho. Porque la Tierra es un paraíso. Sí, sí. El paraíso es esto. Y el Infierno...no, no. El Purgatorio también. Y si vives en una isla con un volcán y rompe y eso también es el Infierno. Eso lo escribo hace doscientos años y digo que ha bajado dios y nos ha castigado. Tiene que ser como una hormiga mirando cómo se destruye el entorno. Madre mía qué infierno. Y todas esas cosas que han escrito han pasado en la Tierra, no hace falta irse al cielo. En el cielo hay galaxias, constelaciones, pero paraísos... Adán y Eva aquí. En el planeta este. Cuando vinimos, tío. Y si nos dejan tiempo... acabar con el planeta no, pero daremos mucho por saco. Haremos mucho daño. Somos como un pequeño cáncer. Lo único malo es que nos vamos a eliminar a nosotros. Sí, sí. Nos cargamos el mar, las plantas, las especies... Últimamente me da cosa comer carne porque veo en la tele cómo crían la carne que me como y digo "joder, qué crueldad". Vale que vivas en el campo y que picotees y que luego te sacrifiquen y te coman. Vale. Pero has tenido una vida bonita. Pero desde que naces hasta que te asesinan torturándote... por favor. Y eso lo hacemos los seres humanos. No tenemos perdón de dios.

1: ¿Y la cárcel para ti qué sentido tiene?

E18: Je. Otro centro de reinserción social. Eso dicen. Eso es sálvese quien pueda y ya está. La cárcel sirve para los violadores, para los terroristas, para tenerlos controlados. Y tampoco. Pero bueno, mejor que tenerlos sueltos. Es que a mí esa gente me da miedo. Yo no quiero un violador suelto. No. Y un terrorista tampoco. Lo siento. Es que si matan al rey o al príncipe vale, pero es que matan a los cuatro tontos de mierda. Y el violador, pues fíjate, que cojan a tu madre o tu hermana y las violenten... yo lo corto a cachicos. Prefiero que estén encerrados. Pero un chorizo de mierda, lo encierras, lo resabias... Los seres humanos cuando los encierras, se resabían, ¿Sabes? Te vuelven... Yo lo sé porque me han encerrado y te corrompen el alma.

1: Hombre, yo te veo aquí y te veo humano, ¿sabes lo que te digo? Has abierto tu casa, nos has hecho unos tés...

E18: Sí, hombre. Es que soy inteligente y tengo unas bases muy buenas. Tengo la buena suerte de tener unas buenas bases. Pero si no, sería un asesino o un depravado. Me daría igual ocho que ochenta. Porque "si matas a una persona eres un asesino, pero si matas cien en la guerra eres un héroe". Así que esto aquí no cuadra. Esto es.... Según lo que te rodee, según las circunstancias... Esto es un engaño total.

1: Y partiendo del engaño y de los límites que hay...

E18: Y la verdad es ayudarse, respetarse, mantener, cuidar, amar, querer... Si es que es facilísimo, pero gastamos más energía en todo lo demás. Sí. Hacemos lo más difícil. Yo creo que debería haber

una revolución. Pero no armada, sino de conciencia: que dentro hiciera algo ¡Blammmmm!, se rompiera, y que todos dijéramos “¡Hostia! ¿Qué estamos haciendo?”. Y que individualmente dejáramos de permitirlo como individualmente lo permitimos. Porque, hoy por hoy, lo permitimos. Yo soy culpable de todo lo que está pasando. Porque me quejo pero no lo digo a nadie... no sea que se lo diga y la tomen conmigo.

1: Es, quizás, la frase de “o eres parte de la solución, o eres parte del problema”.

E18: No. Aquí yo soy una puta mierda. Apartado.

1: No, hombre. No.

E18: No, no. Y si puedo paso desapercibido. No quiero ni existir. No. Pero sí, soy culpable. ¿Por qué? Por omisión, por callarme, por quejarme y no hacer nada. Por no salir a la calle y no decir “no hay derecho. Tirar a un padre y su familia a la calle porque no tiene trabajo para pagar. No hay derecho. Que le pague el ayuntamiento, que le pague el dueño de esa fábrica o el que tiene mil millones guardados. ¿Para qué los tiene guardados? ¡Que pague esa habitación para esos niños. El padre ya es grande, pero que los niños como mínimo”. Ni para un anciano, ni para un inválido... ¿Pero en qué país vivimos? ¿En qué planeta vivimos? No, no, no.

1: ¿Y crees que el contexto nos empuja hacia eso?

E18: Como nos descuidemos vamos a eso. Pero la suerte es que hay muchísima gente que se está dando cuenta de que como nos descuidemos vamos a eso. Antes no. Antes íbamos poco a poco hacia eso, pero como había muchas comodidades alrededor. Pero es que ahora estamos incómodos. Esto es hasta bueno. Tenemos más inquietudes. Estamos más al loro. Antes era “ande yo caliente, ríase la gente”. Pero ahora, aunque tú estés caliente, todos los que están alrededor no están calientes. Y eso se nota. Te influye. Te hace participar. ¡Chapó! Luego se asentará y se irá todo a la mierda, ¿no? Que cambie algo para bien. Que haya menos injusticias.

1: Tú crees que en los tratamientos, como sucede en la sociedad, lo que la gente quiere que se les dé una solución, que se lo gestionen o que tú no eres capaz porque no sabes... ¿cómo crees que funciona eso en los tratamientos?

E18: En los tratamientos, el enfermo tiene poca confianza de todo el mundo, del profesional, de la familia y hasta de él mismo.

1: ¿Y cómo se trabaja esa confianza?

E18: Pues día a día. Y poniéndote muy pequeñas metas. Y llevándolo a cabo. Y el día que no puedas, pues no rendirte. Decir: “bueno, hay días malos. Todo el mundo tiene días malos y semanas y meses malos. ¿Solo por eso me voy a abandonar y me voy a rendir?”. Yo no me rindo, ¿sabes? Ya me he acostumbrado. Antes sí. Hace quince o veinte años yo decía “dios mío, por favor, que me acueste, me duerma y no me despierte. Que me muera. Que no me despierte” y cuando abría los ojos por la mañana decía “argh”, y ya pensaba: “¿Pastillas? ¿Whisky? ¿Lo mezclo todo y me suicido? No, hombre, no. ¿Y mi madre? ¿Y mi hermana?”... Es diferente que te duermas y te mueras a suicidarte. Muy distinto. Y hoy por hoy no me quiero morir. Quiero estar lo máximo posible. Eso sí, intentando no hacer daño a nadie. A mí la de la frutería me da fruta. En vez de tirarla, la que está fea, me la da. Tengo frutas de todas clases, vitaminas gratis. El pescadero me da pescado... Es decir, sin trabajar me he buscado la forma de vivir sin hacer daño a nadie. Y no vendo y no trapicheo... bueno, sí. De vez en cuando vendo un poco de hachís. Pero una vez cada mucho. Por hacer un favor a alguien que, a lo mejor, no quiere ir hasta allí y voy yo. Cuando voy a por un caramelo, pues en vez de un caramelo para mí, compro dos. Y me gano cuatro o cinco euros. Y su agradecimiento. También me da la ropa que no le sirve, las zapatillas que no lo sirven...

1: ¿Crees que lo que marca el punto de inflexión es el apoyo?

E18: Sí. El apoyo es muy importante. No sentirte solo es muy importante. Sentirte un poco amparado. Sentir que no estás solo es muy importante. De hecho, en una Comunidad que estuve en Almería se llamaban “N”. Y luego estuve en “R”. Las dos en Almería. Y en las dos estuve muy bien y vale la pena. En una había trabajo terapéutico en el campo, muy bien. Y en el otro había trabajo terapéutico cuidando animales y cuidando la casa. También muy bien. Y te ayudaba a pensar y a interiorizar. Si es que en las comunidades lo que te da tiempo es a mear todo el veneno y a pensar. Es lo bueno que tiene la comunidad. Te da tiempo a que el cerebro empiece a pensar. Porque es que cuando estás en la droga piensas de una forma muy rara. No puedes. No puedes. El hipotálamo está dándose trastazos y tú, por fuera, medio obnubilado, en las nubes, muy bien, muy waaaa, muy tal, muy mal, muy regular... con unos altibajos grandísimos.

1: ¿Pierdes el control de ti mismo, de las emociones?

E18: No eres tú. No eres tú. ¡Qué va! Ahora mismo, yo, estoy tomando diacetilmorfina y no tengo nada que ver con el consumidor de heroína. ¡Pero nada! Soy otra persona.

1: ¿Y cuál es el grado de conciencia que tú tienes?

E18: La tienes. Pero muy superficial y es muy fácil no hacer ni puto caso. Es como si hubiera varias personas dentro de ti luchando y ganara el que más perjuicio te hace. De verdad quieres ser tú, estás ahí esperando una oportunidad pero no puede. No lo deja. Pero está ahí.

1: Puede ser un poco la idea de la cadena, ¿no?, al final está presa esa esencia tuya...

E18: Es una cosa muy rara, de verdad. Muy desagradable. Y muy difícil de salir. Yo le aconsejo a todo el mundo que no empiece esta aventura porque es muy difícil de llevar. De verdad. Dedícate a pintar, a pasear, a lo que sea menos a las drogas. A lo que sea. ¡Ufff! De verdad.

1: Y crees que la sociedad nos incentiva con toda esta crisis, con todo el malestar...

E18: Sí. Pero no para no consumir. Se incentiva para consumir. Porque ahora se juntan un montón de personas que antes estaban trabajando en la obra y consumían los fines de semana y ahora se juntan todos los días y tienen el gusanillo de consumir. Porque cuando consumen ellos, todavía, les quita los problemas de encima. Mentira. Pero da esa sensación. Pues ahora se juntan cuatro o cinco criaturas, peones de albañilería, uno coge de allí, otro también y al final, ¡pum!: un gramico. Pues eso gramico, al final, les busca la ruina. Porque no tienen ocupación, no ganan dinero ni están ilusionados de trabajar de lunes a viernes para salir el sábado a bacilar con las niñas. Ahora solo es mierda: no hay un duro, no hay para nada... No es buen tiempo para la gente joven y las drogas. Estoy seguro de que va a haber una incidencia de alcohólicos... Va a haber un pequeño rebrote. Ojalá me equivoque. Ojalá me equivoque. Ojalá. Pero es que es de cajón. Si es que dos y dos son cuatro.

1: Por eso te digo: ¿cómo sería para ti un proceso de desintoxicación y prevención? Es decir, sabiendo todo lo que sabes, si te dijeran cómo lo querrías hacer o cómo según tu propia óptica de lo vivido...

E18: ¿Desintoxicarme? Comunidad.

1: ¿Comunidad?

E18: Sí.

1: Pero ¿combinado con algo? O tú separado de todo tu entorno...

E18: En la comunidad estás separado de todo tu entorno. Estás en un centro, en una montaña y no sales para nada. Donde, como mínimo, estás seis meses. Si la familia está cansada de ti y lo que quiere es verte recuperarte y que estés bien.

1: ¿Y te plantearías una parte de comunidad y otra parte de PEPSA o cómo lo harías?

E18: No. el PEPSA es para cuando no tienes remedio. Para cuando ves que no. Pues ya, te tomas una medicación. Es que yo tomo dos inyecciones al día. Yo no me puedo ir de vacaciones porque echo de menos la inyección.

1: Sí. He hablado con gente y me dice que algunos consumen, otros que no.

E18: Sí. Hay quien lo consigue. Entrecomillas.

1: Sí. Con su márgenes y límites.

E18: Sí.

1: ¿Y crees que no nos enseñan o que lo que falta es esa cuestión de cómo consumir, por qué consumir? Es decir: una educación sobre drogas.

E18: Sí. Tendría que haber más educación. Y más alternativas. Pero no esperar para poner parches cuando ya está el problemón ya más que hecho y más que arraigado en un ser humano y en una familia, y en un pueblo, y en un barrio... en una sociedad. ¿Por qué somos tan tontos?

1: ¿Y cuáles crees que son los mecanismos bajo tu óptica para evitar eso?

E18: Pues estar alerta y tener mucha información. Mucha información y mucha información. Y medios para pequeñas soluciones: PEPSA, Comunidad... para que la gente tenga esa alternativa. Y que te ayuden de verdad.

1: ¿Tú te sientes realmente ayudado?

E18: No. Me siento ayudado por la sustancia. Me falta mi familia, me faltó yo mismo... Yo es que ya tendría que volver a nacer.

1: No, hombre, no.

E18: De verdad, vamos a dejarnos de... La realidad es que maté un perro y me llamaron mataperros. Y, yo pues es lo que hay. Y lo que yo intento es dormir con la conciencia tranquila. Y lo llevo consiguiendo durante muchos años. Y voy a seguir. ¿Qué es dormir con la conciencia tranquila? Levantarme y saludar a mis vecinos con la cara arriba. No saludarles y mirando al suelo. Je, je. Por poner un ejemplo. Callado y esquivando.

1: La cuestión de la dignidad, ¿cómo la estás viendo?

E18: Pues la dignidad la pierdes. El amor propio, lo pierdes. Pierdes todo. Es que... pfff...

1: Pero, ¿lo pierdes, te lo quitan?

E18: No, no. Lo pierdes tú. Tú mientes, tú robas... tú mismo. No necesitas a nadie. Uno mismo se hace el daño. Influido por la necesidad, ¿no? Pero nadie te manda ni te obliga. Hay gente que se mete la primera vez, se va a la montaña y se quita. Yo soy débil, me quedo y miento y robo. Tenía que haber tenido más valor y más capacidad de pensar: "me quito de en medio". Las primeras veces, en vez de consumir o delinquir, haberme ido a una comunidad. Eso es lo que tenía que haber hecho. Y no irme a una comunidad cuando ya tenía cuatro causas en el juzgado, mi familia arruinada, yo

arruinado, todo el mundo preocupado... Ya era la última carta. ¡Menos mal! Estoy en ello, estoy en ello... Pero mientras que esté vivo no estoy libre. No. porque soy débil. Y tú dime que me tocara la lotería, cuatro millones de euros, dejaba el PEPSA seguramente y me iba a Tailandia a comprar heroína. Que no te extrañe.

1: Pero, por ejemplo, veo una contradicción en eso que dices que eres débil pero, al mismo tiempo, la fortaleza que te implica seguir este camino, ¿no?

E18: No, no.

1: Digo de seguir luchando contra eso y tal.

E18: Sí. Pero eso es el instinto de supervivencia. Es instinto. No es...

1: No es la voluntad, ¿no?

E18: No. Es distinto. Valiente sería si me organizara, estudiara un poco, me sacara el carnet de conducir, me esforzara... No me esfuerzo. Yo ya... Esto es supervivencia. Es el esfuerzo mínimo. Aunque sea mucho, es el mínimo porque es el necesario. Si fuera por amor al arte, vale. Pero por amor al arte, cuidar a mis perros. Que mis perros y yo estemos bien. Yo antes... todos estos son perros recogidos. De la calle.

1: ¿Y no hay o conoces algún tipo de iniciativa en la que se potencien ese tipo de cosas como las que tú tienes de cuidar animales para desarrollarte tú como profesión....

E18: No. No. ¡Y dale! No ves que te estoy diciendo que a menos que Europa te dé 100 millones y tú te quedes con 90 y 10 los employees...nadie se interesa. Si no hay beneficios no se ponen los medios. Y es así habiéndolos...

1: Vale, vale.

E18: Que el ser humano se preocupa por este poquito y ya está. Y los políticos esos que dicen con la boca llena "el pueblo español", pues [ellos se preocupan] de su partido y dentro de su partido pues de su parcelita. Y para de contar. ¡De verdad! Y no te digo los socialistas o los de derechas, ¡todos los seres humanos! Ojalá que esté equivocado, pero el ejemplo que veo a mi alrededor... Es que somos así. No somos así, pero estamos... esta sociedad que nos hemos inventado nos ha condicionado a ser así. Es que si no es así no sobrevives, amigo. Si no, eres el tonto de turno. ¡Hasta el Urdangarín se ha puesto a robar! Tú dime a mí qué necesidad tiene esa criatura de pasar lo que está pasando ahora... que lo llamen ladrón... ¡qué vergüenza! ¡Teniendo lo que tenía! ¡Que tenía para él, para sus hijos, para los hijos de sus hijos.... ¡Para qué te pones a robar, mamón! Ponte a hacer obras sociales, ponte a ayudar a los pobres, ponte a ayudar a los ancianos, ¡pero no te pongas a robar, tío!

1: Pues mira...

E18: ¿Pero en qué cabeza cabe? Pues muy fácil: veía que fulanito ponía, que menganito ponía, que el ministro ponía, que todos ponían... "¿Y yo no? ¡Claro que sí! ¡Yo también!". No voy a ser yo el tonto del pueblo. Si es que miras a tu alrededor y ves unos coches, unas casas, unas cosas, unos viajes... ¡Joder!

1: Sí, que eso no sale de ningún lado...

E18: Pues eso sale de 1000 millones de dinero público. De 2000 millones de Europa... ¡Venga millones para acá! ¡Y venga millones para allá! Hemos estado en manos de seres humanos muy irresponsables. Y yo estoy de acuerdo en que roben, pero siempre que las personas tengan las necesidades cubiertas. "Roba, ¡Claro!", eso queda para ti en tu conciencia. Pero si alguien necesita

algo, un niño, un inválido, alguna prestación... ¡no te lleves ni una peseta, tío! Antes la gente y si sobra, llévatelo. Pero si sobra. Y sobra mucho. Lo que pasa es que antes de que sobre se lo llevan.

1: Ajá.

E18: Bueno, perdona si te parece que lo dejemos, pero es que me estoy poniendo malo... Estoy interiorizando, acordándome de unos desahucios que han pasado estos días.... Y no hay derecho. Es que me creo que es mentira, pero es cierto. Sale en el telediario. No se lo han inventado. Pues todavía me cuesta creérmelo. ¿No se le estremece el alma a nadie? Como no nos espabilemos, nos agrupemos y nos defendamos...pero siempre sin violencia. Fundamental. Primordial. Imprescindible. Si vas a ser violento, quédate en casa. Porque lo estropeas todo. Violencia Cero. Como dijo Jesús: si te dan aquí, la otra. Y si te patean, pues que te pateen. Quédate en tu casa y no respondas, porque si respondes la has jodido: porque eres un terrorista, porque eres un alterador.... Les estás haciendo el juego. Hay que defenderse pero siempre sin violencia. Siempre pacíficamente. Siempre. En las peleas si ganas, malo; y si pierdes, peor. Nunca ganas. Acuérdate. De verdad. La violencia engendra violencia. Yo me defendería por instinto de supervivencia: alguien me va a matar, lo mato. Pero si puedo me echo a correr y cógeme si puedes. Llámame cobarde, llámame lo que quieras, pero yo me voy corriendo. Pero si no tengo más remedio que defenderme.... Me cortaron el cuello. En una pelea. Yo he aprendido que si alguien me va a pegar, lo machaco pero si no, me voy corriendo. Llámame como te dé la gana. Yo me voy. No quiero peleas. No me gustan ni de palabras, así que fíjate.

1: Vale. Pues si te parece bien terminamos y luego si quieres seguimos hablando, ¿te parece?

E18: Sí. Yo estoy aquí para responder a lo que quieras. De verdad. A lo que quieras. Sin problemas.

1: Sí. Ya te digo que más o menos hemos tocado las preguntas que quería hacerte. Sobre todo quería conocer tu opinión...

E18: Es que es eso, es mi opinión. A lo mejor estoy equivocado. Es mi percepción. Es mi realidad. Pero ten en cuenta que he sido toxicómano muchos años y quizás estoy... de salud mental regular. No lo sé. No estoy muy seguro. Hay veces que me pregunto si estoy loco y luego me digo que no estoy tan loco. Porque, en el fondo, quién no está loco. Lo importante es no hacer daño al semejante. Lo que tú quieras para ti, házselo a los demás. Y lo que no quieras para ti, no se lo hagas a los demás. Si es fácil. No es difícil. Al principio cuesta, luego, al final, dices: ¡coño, si es que funciona! Es que haces daño y todo se vuelve feo alrededor. Haces bien y todo se vuelve bonito y la gente sonríe y todo el mundo te ayuda. Cambias y ves que vale la pena.

1: Si. Estoy de acuerdo contigo. Me gustaría agradecer de nuevo que hayas accedido a que habláramos.

E18: ¡Qué va! Aquí estoy para lo que quieras.

ASOCIACIÓN E19:

[Comienza la grabación]

ON1: ...Vamos a hacer una pequeña presentación de lo que es el Ateneo. De lo que va a ser, mejor dicho. Porque todavía no... no hemos arrancado, no tenemos el espacio físico. Pero que va a ser el Ateneo Libertario Xosé Tarrio de Coruña. Que es un poco la razón por las que hemos hecho estas charlas. Vamos a hacer una presentación, muy escueta muy rápida para... porque como todavía, aún no existe el espacio tampoco tenemos mucho todavía que explicar, vamos. Antes de eso, de darles la palabra a ellos [Nais].

Bueno para poder explicar un poco bien lo que es el, este proyecto del Ateneo Libertario, vamos a explicar un poco la historia, que va a ser un Ateneo Libertario que vamos a hacer en Coruña tenemos que explicar un poco la historia digamos de los centros sociales en la ciudad de Coruña.

Unos de los que vamos a iniciar ahora este... este proceso, empezamos en el colectivo libertario O.N., en el año 1999 y de aquella pues gestionamos un centro social, que en un principio estamos con la CNT. Luego la CNT se marchó a otro local y mantuvimos nosotros este... o sea la gestión de ese local que fue de salvo de CNT salvo excluyendo digamos los sindicatos libertario el primer local así centro social libertario que hubo en Coruña.

Y bastantes de los que vamos a iniciar ahora este proce proyecto estuvimos gestionando aquel local. Aquel local de O.N. duró desde el año 99 hasta el año 2005 en el que cerramos el local y en el que seguimos haciendo actividades eh... como colectivo, bueno, convertidos en "x" que era un proyecto en/de coordinación anarquista a nivel gallego. Aunque seguimos haciendo actividades hubo 3 años en los que no hubo ningún centro social en Coruña. Fueron 3 años, un poco, de sequía en los que evidentemente digamos el trabajo anarquista decayó bastante en la ciudad, por falta de, digamos, de espacios. En Coruña, de aquella, sí que existía... o sea algún centro social de corte independentista y comunista que era el centro social ATREU en el que en aquellos tiempos pues eran de donde cada vez que teníamos que hacer algún tipo de charla o algún tipo de actividad era les teníamos que pedir el local.

Después en el año 2008, 3 años más tarde, o sea, después de 3 años sin tener ningún local anarquista en Coruña, eh... se ocupó la Casa das Atochas que fue un proyecto que no es que fuera libertario pero muchos anarquistas sí que estábamos metidos dentro del proyecto. Desde, desde el inicio, era más bien un centro social plural en el que había gente de muchas ideologías diferentes y de bueno muchas sensibilidades distintas. Un poco digamos dentro del espectro... esto... contestatario había un poco de todo, sobre todo en un principio. Pero en/desde la Casa das Atochas sí que había dentro un grupo anarquista bastante fuerte; de hecho se hacían asambleas anarquistas sin que hubiera ningún grupo anarquista dentro. Entonces, entre el año 2008 y 2011, que fue el tiempo que duró A Casa das Atochas fue ya volvió a haber un... un, o sea a ver, se incrementó muchísimo el/la actividad anarquista en la ciudad y volvimos a tener un espacio donde, bueno, donde realizar nuestras charlas, nuestros los talleres y nuestras... Digamos que eso le dio mucha, mucho impulso al movimiento anarquista coruñés.

En el año 2011 nos desalojan, de la Casa das Atochas, y... algún grupo de gente de A Casa das Atochas junto con otra gente nueva se inicia otro proceso de ocupación que es el Centro Social Ocupado de Palavea, que... duró hasta bien no hasta este año: desde 2011 hasta este año. Este tampoco se definía como anarquista pero era bastante menos plural. Realmente, en el Centro Social Ocupado de Palavea casi todos sí que eramos anarquistas y aunque también se hizo un colectivo anarquista dentro del...o sea, aparte digamos de la actividad de la asamblea. Como la gran mayoría de nosotros sí que era anarquista pues... sí que éramos anarquistas, pues al final digamos que, que la actividad de la casa propiamente era bastante libertaria y... bueno, desapareció este colectivo.

Este año nos desalojaron en... cuando... en marzo, y nos hemos vuelto a quedar sin centro social. Pero nosotros ya desde... un año antes prácticamente ya había un grupo de gente dentro del CSO Palavea y de gente que no estaba en el Palavea pero estaba en otros... que había estado en A Casa das Atochas o que había estado en la O. N. que empezábamos a ver la necesidad de crear un espacio un Ateneo Libertario exclusivamente digamos de... un espacio sola exclusivo político, de lucha, por decirlo de alguna manera. No un Centro Social Ocupado o sea al margen, digamos. Y entonces ya lo que pasa mientras duró la ocupación de Palavea no quisimos... o sea que empezamos a darle forma al proyecto pero no quisimos esto... empezar a mirarlo demasiado en serio porque teníamos el desalojo de Palavea encima y... bueno... y... eso, preferimos centrarnos en ello. Pero una vez desalojado Palavea pues nos juntamos en una asamblea para buscar espacios. Teníamos muy claro

que esta vez ya no queríamos, o sea, ya llevábamos 7 años ocupando... Teníamos muy claro que no nos interesaba en este momento la ocupación o que queríamos que este proyecto queríamos que fuera distinto, porque estábamos digamos estábamos un poco cansados digamos de los, de la problemática de la ocupación. Supongo que dentro de unos pocos años estaremos cansados de la problemática del alquiler, pero bueno, en aquel momento/en este momento nos apetecía un proyecto un poco distinto en el que no tuviéramos que... O sea que nos pudiéramos centrar prácticamente en exclusiva digamos en el trabajo político y no tener que pues que centrarse en el tema judicial, o en el tema de la de acondicionamiento del local y que no tuviéramos que estar continuamente en el espacio, o no tener que estar pendiente de organizar conciertos o actividades digamos al margen de la lucha política. Esto... También necesitábamos mayor estabilidad o queríamos mayor estabilidad porque nos interesaba a lo largo de todos estos años hemos ido recopilando una librería muy ponente porque de todos estos centros sociales que se fueron desalojando han ido pues dejando sus pequeñas bibliotecas y las hemos ido poco a poco acumulando. Y ahora tenemos o sea un volumen de libros muy grande. O sea tremendo. Porque hemos recuperado los libros, primero, del colectivo libertario O. N. que ya, tenía su biblioteca, después de la Casa das Atochas, del centro social ATREU que también se cerró. El de la ocupación de Palavea y el de la biblioteca anarquista Santiago "a la Villa" también cerró ahora hace poco y nos mandó todo su volumen de libros. Bueno, no. Todo no todavía. Casi todo.

Y a eso se suma el los archivos de presos, ¿no? ¿B? [Refiriéndose a un miembro de Nais que asiente]. Es lo que tenéis vosotros. Vamos a tener un volumen de material para esa biblioteca bastante considerable, y eso también nos, nos, nos interesaba tener un local estable y no tener no estar continuamente sujetos a desalojos o a problemáticas de ese estilo. Vamos.

Y también, por otro lado, tenemos el material de una radio libre que la íbamos a montar en la ocupación de las Atochas y que bueno, como hubo el desalojo y otra serie de motivos, lo tenemos guardado y criando polvo y... Y también era un proyecto aún que se podía hacer en un edificio ocupado... pues bueno digamos la estabilidad beneficia mucho también este proyecto. Y por estas razones pues, también son razones por las que ahora optamos por el tema de del centro social. Y bueno, eso, porque allí podemos mantener un mayor compromiso político. Y porque ahora igual estamos más viejunos y nos apetece más eso. Entonces confluyamos con la gente de NAIS porque ellos también necesitaban un local para, bueno... ellos explicarán luego más tarde su actividad y todo esto; pero bueno, también les hacía falta un local en Coruña. Y, entonces, empezamos a hablar de coger el local de manera conjunta. Y, pero, entonces en ese momento que nosotros pensábamos el tema del alquiler se dio el caso de que una vieja militante comunista coruñesa tenía un local que estaba alquilando y que en un momento dado decidió que nos lo quería ceder para que lo utilizáramos nosotros. Incluso gratis, nos dijo en un momento dado. Nosotros, después de hablar entre nosotros hemos decidido que no queremos el local gratis. Que preferimos pagarle un dinero. Pero bueno será pagarle una cantidad simbólica... Y, claro, entonces, todo confluyó para el tema este de montar el Ateneo.

Luego: ¿Por qué el Ateneo Libertario Xosé Tarrío y por qué le vamos a llamar de esta manera? Por un lado porque Xosé Tarrío es un escritor anarquista y coruñés. Y es un ateneo de Coruña. Pero muchos de nosotros... bueno aparte de ser el hijo de A que también está en el Ateneo... Muchos de nosotros nos sentíamos con una pequeña cuenta pendiente con Xosé Tarrío. Un poco porque desde su última salida de la cárcel, o su penúltima más bien, lo conocimos y compartió militancia un poco con nosotros en el colectivo libertario... y vivimos su trayectoria final y nos sentíamos un poco... y queríamos en cierta manera realizarle este homenaje, ¿no? Y por eso decidimos este... Bueno, claro, lo consultamos con ellos y a ellos les pareció estupendo.

A: Bueno me lo habías preguntado... o sea me habías dicho que lo ibas a llevar a asamblea. Todavía yo no estaba segura, o sea, que me llevo la sorpresa ahora, eh (risas)

AL1: Y... bueno no sé si Javi tu querías contar una cosa más

AL2: Lo único a lo mejor queda era aclarar que por ejemplo que para gente de aquí, de Madrid, que ya es una ciudad grande, a lo mejor estas dinámicas son un poco raras. Eso de que no haya ningún centro social... ¡Claro!, en Coruña son 250000 habitantes que puede ser como Móstoles o un poquito más. Entonces realmente en Coruña es que estáis te encuentras realmente muy solo. Sobre todo en el año 99 cuando estábamos con O.N. es que ahí no había absolutamente nada. De hecho era lo típico: éramos chavalitos... bueno, alguno ya no tanto... Pero bueno, éramos bastante jóvenes y queríamos empezar porque ya teníamos nuestras inquietudes y veíamos que no había nada en la ciudad, y por eso O.N. la tuvimos que crear prácticamente desde cero. Sin tener ningún tipo de experiencia. Bueno, teníamos la experiencia, a lo mejor de haber viajado ¿no? Sobre todo “Br” o “Lt” habían viajado más y conocían más del exterior. Yo era un poquito más joven, de aquella, y la verdad es que no tenía ni idea casi de lo que era el movimiento libertario ni lo que era un centro social.

Y entonces ahí un poco tuvimos que hacernos a nosotros mismos. Porque en Coruña no tienes compañeros con los que trabajar y con los que poder aprender. Y, bueno, por eso nos encontramos con estos problemas. Para nosotros un centro social nos parece importantísimo porque si no lo hacemos nosotros sabemos que no lo va a hacer nadie. Y por ejemplo, cuando se ocupa la Ocupa de Palavea... pues bueno, en la ocupa de Palavea hubo bastantes problemas: había muy poca gente que viniese porque estaba a las afueras; así como As Atochas estaba en el centro ciudad y todo el mundo te venía... Pero claro, la gente te venía y luego tenía la zona de bares al lado. Pero es que Palavea estaba a las afueras, y entonces la gente venía se tomaba un par de cervezas y luego no podía volver. Entonces era bastante problemático. Y en Palavea vimos que no tuvimos el apoyo que nosotros hubiésemos deseado. Y entonces lo curioso es que una vez que nos desalojaron hubo un grupo de chavales, bueno un grupo de chavales anarquistas que son de colectivos de frentes libertarios, otra gente más comunista... Porque en Coruña nos tenemos que juntar todos. Aquí [Madrid] a lo mejor se hace más por grupos: este es anarquista, esta no se qué y luego hay cosas personales y no se relacionan. En Coruña, nos tenemos que relacionar todo el que se quiere mover. Nos tenemos que juntar. A ver, porque es que si no, no hacemos nada. Entonces se juntó un grupo de gente de diversa ideología que también se encontraba sin ningún tipo de local. Y continuamente se está diciendo: “tenemos que ocupar”, “cómo es posible que no haya habido”, “es que si hubiese un nuevo Palavea”, “queremos hacer unas jornadas antifascistas y es que no tenemos ningún sitio”... Entonces realmente se ve que a lo mejor cuando tenemos un centro social no lo valoramos como se merece, pero una vez que lo perdemos nos damos cuenta de lo que hemos perdido. Entonces, por eso para nosotros es importante crear un centro social. En este caso, y en casos anteriores intentamos hacerlo más plural, y en este caso preferimos volver a raíces anarquistas. Lógicamente, ¡hombre!, tampoco... Hombre, también siendo tolerantes. Pero en principio queremos volver a raíces libertarias porque... porque...

AL1: Porque después de 7 años de tanto de esto, de un rollo tan inclusivo y tan abierto, pues se nos hincharon un poco las narices.

AL2: Claro. Hacer, un poco, también, pensando en nosotros. Siempre estamos pensando en los demás y también hay veces que hay que pensar un poco en nosotros, en lo que nos gusta... Y, bueno, eso no quita para que podamos trabajar en otros proyectos también. Y bueno, yo creo que está bastante aclarado.

P 1: Si no pensamos en nosotros, difícilmente podremos pensar en los demás, digo yo.

AL2: ¿Cómo?

P1: Que si no pensamos en nosotros, difícilmente vamos a pensar en los demás

AL2: Exactamente. Sí, sí. Empieza en uno mismo. Si no estamos a gusto con lo que hacemos, si estamos siempre arrastrando y haciendo cosas forzadas... al final te acabas quemando.

P1: La gente somos nosotros, no tenemos que estar pendientes de lo que vayan a hacer... Tenemos que hacer nosotros. No esperar a que tomen la iniciativa los otros, o que nos empujen...

AL2: Y en una pequeña ciudad más todavía.

P1: Nosotros tenemos que tomar la iniciativa, y ocupar y hacer lo que tenemos que hacer no estar siempre pensando en los demás. Los demás somos todos.

AL3: Las previsiones más optimistas apuntan a enero.

AL2: Enero...Pff... Je, je.

AL1: Eso. El problema era que nosotros queríamos haber abierto ya, nuestra intención era abrir en septiembre. Pero la persona que nos cede el local... O sea ahora mismo hay otra gente que tiene el local alquilado y nosotros habíamos hablado con ellos de empezar en septiembre. Pero la persona tiene el local alquilado y necesita más tiempo y, al final, digamos que tiene que ser en enero...

AL2: Muy bien. Sería de fondos. Es sobre todo porque estamos diciendo que el alquiler es prácticamente simbólico. Pero bueno, las necesidades de fondos vienen porque el local es bastante pequeño y es bastante alto y, entonces, tenemos pensado hacer un altillo. Vamos a tener que hacer unas obras y bueno, lógicamente, estamos sin un duro y entonces nos viene bastante bien el dinero. Tampoco... Lo más importante son estas jornadas, darse a conocer y bueno... Queremos hacer contactos antes que dinero porque bueno tampoco... Ya sabíamos que yo creo que teníamos claro que sobre todo desde el punto de vista económico iban a ser demasiado positiva la jornada. Era más un poco desde un punto de vista humano y darse a conocer y compartir.

AL1: Juntas también con “Nais contra impunidad” que nos conocemos desde hace muchísimos años. Pero quiero decir: ir empezando a crear el rodaje de compartir ese centro social, ir empezando a hacer el trabajo en común un poco antes de... incluso de abrir.

Y sería lo mejor, claro es eso aquí no se entiende muy bien todo esto que estamos diciendo de la falta de locales. Porque aquí estamos en Madrid y supongo que aquí nunca ha faltado habría más o menos, pero nunca han faltado locales. Pero nosotros ya estos meses que llevamos desde el desalojo de Palavea, por ejemplo, se han perdido de hacer un montón de charlas en Coruña porque no tenemos, porque podemos hacerlas en un bar o a lo mejor pedir un centro social en el ayuntamiento, pero no tenemos ahora mismo un local y, entonces, desde que nos han desalojado que fue eso en hace 7 meses, un montón de charlas que han venido a Galicia no se están haciendo en Coruña.

P1: Pregunto: ¿No hay lugares para ocupar allí?

AL1y2: Sííí... [Risas]

AL1: Nosotros nos pasa eso. Nosotros llevamos... O sea, a ver, no solamente hay locales para ocupar, hay locales ocupados. Gente que está viviendo. Hay viviendas ocupadas en Coruña. Quiero decir, como vivienda. Y hay gente que está implicada en este proyecto que está viviendo en viviendas ocupadas. Pero que no son centros sociales.

P1: Yo te digo, ¿no hay lugares para ocupar un centro social? Un lugar para yo que se...

AL1: Sí, sí, sí. Sí que hay. De hecho y esto es lo último que quería decir, es que el tema de la ocupación no es que la hayamos descartado. El otro día, ayer por la noche, no sé con quién me puse a discutir sobre si la ocupación o no ocupación. Nosotros no hemos descartado la ocupación. De

hecho, estamos participando en otros proyectos con otra gente, a lo mejor más plurales, para volver a hacer una ocupación esto... plural en Coruña en la que poder financiarnos, poder hacer conciertos o actividades más grandes, ¿sabes? Lo que nosotros no queremos es seguir a lo mejor tirando nosotros del carro del tema de la ocupación. O sea nosotros y poder tener un local que nos permita una mayor estabilidad... O sea, para tener una biblioteca, para tener una radio libre, para tener una serie de actividades y que no nos exija un trabajo extra que no sea prácticamente o sea exclusivamente político, ¿no? Nosotros en nuestra última ocupación de 7500 m2 que se nos fue la olla totalmente cuando ocupamos eso en Coruña, pues el tiempo que pasábamos limpiando... O sea, era una auténtica barbaridad. Desbrozar aquella finca o pasarle el... son horas que le estás restando a la militancia. No estás militando pues no sé cómo decirte: o sea, pasando la desbrozadora... Nosotros estábamos un poco hartos de ese tema o tener que debatir en asambleas cosas que no tenían nada que ver a lo mejor con lo que es la...[militancia].

P1: Se pasa el tiempo en limpiar y en colocar todo aquello que no lo dedicas a lo que lo tienes que dedicar. No tenías tiempo más que para...

E19A: No hombre... Pero a ver tampoco se trata sólo la vida de luchar y de tal. También disfrutamos un montón de lo que es el jardín...Lo tenían muy bien, ¿sabes por qué? Porque además estaba, fíjate, la gente del barrio que es lo que se pretende con los centros sociales... venían los gaiteros. Vinieron a pedir sitio para ver si podían tocar porque no podían pagar un bajo. Así los vecinos también ven lo que se hace en estos sitios. Luego la guardaría, las madres con los niños. O sea hicieron un trabajo... funcionó muy bien Palavea.

AL1: Pero bueno nosotros ahora lo que queremos es menos gaiteros y más dedicarnos a la anarquía. [Risas]

E19A: Je, je. Ya, pero bueno hizo, hizo, su eso.

AL1: Pero lo que quiero decir que con esto no queremos decir que no se vaya a hacer otro tipo de ocupación. Se está planificando también una ocupación en Coruña también plural un poco como las otras y tal. En la que nosotros queremos participar, pero... Y queremos tener un local y no tener, por ejemplo, que lidiar con el tema de eso... poder hacer fiestas pero en otro lugar, no tener del alcohol en el local. De hecho es otro de los temas, uno de los temas que estamos debatiendo. Porque a lo mejor no queremos depender de una barra, de vender alcohol. O no queremos, o sea, ese tipo de...

AL3: Yo lo veo más como dos cosas diferentes: no quita que tú puedas estar trabajando en una ocupación con personas diversas que no sea específicamente anarquista. De hecho en Coruña no hay ninguna ocupación que sea anarquista específicamente. Penso.

AL1: Casi todas son mayoritariamente...

AL3: Y son todas más o menos (...) compartirían algo o xente que también se move bastante o... Me sale el galego...

Compartirían con gente de otras tendencias que no se autodefine pero que es gente que es pro ocupación pero que están ahí. Entonces, este proyecto es más los anarquistas que llevamos no sé cuántos años participando de estos proyectos quemándonos con gente a debatir cosas absurdas que a lo mejor ya tenemos debatidas entre nosotros, ya llegados a acuerdos y no tenemos por qué estar continuamente debatiendo con otra gente y perdiendo horas y horas de debate en esos proyectos. Y tener el propio sitio nuestro donde a partir de ahí ya: "esto es tu sitio, vamos a avanzar lo que nosotros queramos sin tener que rompernos los cuernos para llevar una propuesta adelante con otra gente aunque no lo ve bien".

AL2: De todas maneras, este Ateneo tampoco va a valer por ejemplo para hacer un concierto o para hacer unas jornadas como las que estamos haciendo aquí no sería posible. Porque, claro, es un local de 60m2, con vecinos ahí pegados, una casa vieja que se oye todo por mucho que intentes insonorizar es imposible. Pero realmente si quieres hacer unas jornadas grandes como el Tattoo Circus que hicimos en Palavea o incluso las jornadas feministas que hemos hecho, o el... o simplemente un concierto, o cualquier cosa así un poco grande que queramos hacer pues va a ser necesario ocupar, seguramente. Porque un alquiler, por ejemplo, este local alquilado ¿cuánto valdría? Imposible saber, sería una burrada. Entonces, realmente, cuando quieres hacer algo grande te tienes que ir a la ocupación. Eso está claro. Por medio del alquiler puedes conseguir un pequeño local en el que tienes una estabilidad, no tienes problemas legales y todo eso... El estar horas y horas pendiente de la puerta, las permanencias... Pero si quieres hacer un proyecto grande no te vale...

AL1: Y eso: nosotros nunca hemos renunciado a esa idea de la ocupación. De hecho estamos participando ahora mismo en otro tipo de asambleas para mirar ese tipo de cosas. Lo que nosotros queremos es tener un sitio donde replegarnos no estar siempre pendientes de no sé qué decirte, de un desalojo. Aquí, aparte, habría un desalojo y te irías a otra ocupa. En Coruña un desalojo significa 6, 7 meses de estar ocupando casas y, o sea, o haciendo... Quiero decir, es un periodo un...

P1: Hasta que se retoma otra ocupación pasa un tiempo.

AL1: Claro. Y hay un desgaste continuo, ¿sabes?, que no nos permite... Por ejemplo: el tema de la biblioteca. Nosotros, esta biblioteca tan grande que tenemos, no la hemos podido desarrollar en ningún momento porque cuando empezamos a tenerla un poco (...) organizada viene un desalojo o... bueno....

P1: Eso está de lujo. Porque ahora vais a tener la biblioteca ahí, tranquilamente, sin temores a desalojos, va a triunfar.

AL1: Efectivamente. Podemos hacer otro tipo de trabajo. Más a la larga. Y luego hay una cosa que no hemos dicho y que también es otra de las cosas que queremos hacer en este Ateneo aparte de la biblioteca. Es una librería. No una pequeña distri[buidora], sino una librería con una vocación de acabar siendo una libre. O sea... En Galicia Norte no existe ninguna librería digamos de temática social, o de temática... O sea hay pequeñas distris, más o menos pequeñas, de gente y tal. Pero no existe una librería donde puedas comprar libros de temática social o de temática política. En toda Galicia Norte quiero decir: desde Santiago para arriba no... Creo que hay en Vigo. Pero no sé si hay...

P3: En Vigo tienen "A ratos". Es una distri pero tienen bastante material adepto.

AL1: Y nuestro ideal es acabar, poco a poco, por terminar siendo una librería, más o menos, referente en ese aspecto.

P2: Cuando nos habláis del Ateneo, ¿os referís al espacio físico que vais a gestionar diferentes grupos o el Ateneo es un colectivo ya definido con unas finalidades, con unas actividades cultural y mental? O sea, ¿Nais y otros grupos van a gestionar un Ateneo o...?

AL1: Sí. A ver, nosotros en un principio esta asamblea la iniciamos... O sea, digamos: este proyecto lo empezamos a buscar una gente antes, digamos, de confluir con la gente de Nais y le fuimos dando forma al proyecto y a lo que queríamos contar. Y a lo que queríamos de él. Luego Nais, también necesitaba un local y como nos conocemos de hace un montón de años pues nos encontramos... En un momento dado, nos dimos cuenta que teníamos la misma necesidad y ellos, digamos, se unieron al proyecto. Lo que pasa es que bueno Nais sí que ellos, bueno que lo expliquen un poco después ellos. Pero quiero decir vosotros necesitáis un local para unos días unas semanas concretos también, ¿no?

E19B: Sí. Nosotros no tenemos problema de lo de los conjuntos disjuntos y los conjuntos. Nos diluimos sin problema.

AL2: Bueno, pues si queréis hablar de vuestro proyecto...

E19B: Bueno pues a ver, primero decir que... bueno, buenas tardes. Me llamo X y vengo acompañado de la conductora más dicharachera del mundo, E19A, también conocida por X y somos del colectivo Nais contra impunidad. Bueno, primero decir que se suele mencionar algunas veces la palabra que es un honor, o que es una alegría, pero para mí, particularmente, hoy es una alegría y un honor estar aquí porque se producen dos circunstancias que si fueran un eje de "x" y un eje de "y" se juntan en un vórtice importantísimo, ¿no? Por un lado la confluencia encontrarnos con rapaces, con los chicos, los chavales de O.N., en Madrid, después de 20 años, para seguirle dando vueltas a ver como a ver qué hacemos con esto. Encontrarme con AL2 que nos conocemos desde hace la tira de tiempo, con AL1 y con más gente pues... son cosas que a veces pasan inadvertidas, creo que no se valoran lo suficiente. Estamos en un mundo de demasiado concepto ideológico pero que el concepto afectivo y emocional parece que no es importante y a mí por lo menos es lo más importante. Yo soy más o menos de derecha. De la extrema derecha, no sé. Si me preguntan por mi impronta, ideológicamente pues se podría hacer una sopa de... Una sopa y un caldo un poco complicado.

E19A: ¿Qué le hago?, ¿eh?

[AL1 se ríe de forma sonora]

E19B: Pero afectivamente sí que tengo clara mi tendencia. Y creo que es importante que la vida te permita pues seguir caminando y hacer esas cosas que hacían antes los viejos. Y eran cosas muy jodidas como "ya te lo dije", "ya lo sabía" o "iba ser de esta manera". Eran cosas que decían pero a mí me emociona escuchar a AL1 decir "ahora que somos mayores". Me emociona también escucharle decir que... que... que en aquel momento cuando estaban empezando pues había algunos que tenían experiencia, otros no; cuando estuvo lo de Xosé... Me emociona eso porque daba la sensación a veces en todos estos años que... que era como si fuéramos unas bombillas de navidad que no tenían casquillo para ser sustituidas. O sea, se tiene producido el paradigma de estar en reuniones y a X y a mí, y yo no tengo canas... y éramos los abuelos o los mayores, que éramos los carcas o cosas así. Cosas que como soy de derechas, no... no... me... no... me costaba encajar. De hecho, lo que estaban diciendo: a partir de ese momento, entraba en el carril de "no escucho, no escucho". Porque precisamente eh... nosotros lo que necesitamos era... fomentar esa experiencia. Lo nuestro de siempre ha sido una cuestión vital, no nos hemos planteado como una experiencia sino como un continuo, en el tiempo. De hecho, uno de los viajes hubo quién preguntó por qué echaba tanto tiempo con... con mujeres mayores. O sea, hasta con cierto retintín. En fin, ante ese mundo, el hecho de que la vida permita eso, es un privilegio.

Nosotros no nos hemos... yo por lo menos personalmente, no nos hemos pensado si hay un colectivo que se llama Ateneo, ni si tienen un grupo, ni si no lo tienen, ni nada. El hecho de que nos llamara AL1 y yo lo he citado este verano cuatro o cinco veces diciendo: "mira que guay que hay gente que para, que se echa un trago de agua y sigue pensando por donde continuar con más fuerza". Y ya, cuando me enteré que había ocurrido la fenomenal idea de venir a Madrid pues dije "bueno, esto es la hostia. Entonces yo me bajo hasta ahí aunque solo sea para darles un abrazo".

También otra singularidad: yo siempre me... yo me he echado mucho tiempo en Madrid yendo y viniendo con cosas que ahora os contaré. Quimeras. Y a la plaza donde venía a tomarme un pequeño bocadillo de mortadela era esta plaza. Y me sentaba, y lo tengo fotografiado en una película de 35mm al lado del cartel que está en el lateral de esta plaza, que ponía que los inquilinos que ocuparan el sitio después del 1 de enero de tal año no serían considerados inquilinos. De hecho, lo llevé un día a una reunión de la Casa Encantada, la foto, para explicarles lo que era la posesión. Cuando veníamos

subiendo por aquí arriba y vi el edificio dije: “no puede ser. Justo la casa que siempre me he preguntado que tenía debajo de esas cámaras de video-vigilancia y las persianas a medio bajar”, ¿no? Entonces como sí que soy místico y de derechas pues de alguna forma el espacio también es importante.

Dándole la vuelta a todo para que las charletas tengan que servir para... para aportar algo no para decir cansinamente cosas que ya todos y todas sabemos. Acabamos de estar haciendo cerca de 5000Km por toda... por todo el Estado, por toda la península o como la queráis llamar con el tema de la campaña de las N personas del colectivo y de fuera del colectivo procesadas en el caso de “X”. Estuvimos con... “Z”, en “L”, en una casa en medio del monte. Y en el transcurso de todas esas charlas eh... parecíamos Juan Echanove y el Imanol Arias, menos que no nos hartábamos a percebes ni a jamón. Pero hemos entrado transversalmente en un montón de realidades: casas que estaban ocupadas, locales de la CNT, locales de la no-CNT, en locales de ONGs... O sea, hemos tenido esa oportunidad. Y lo curioso es que la penúltima charla que dimos, la antepenúltima, la última fue aquí en Madrid, la penúltima fue en Toledo y la antepenúltima fue en Murcia. Empezamos la charla pues como a las 7 y acabamos, duró 3h la charla en Murcia. Y fue una charla de tomar nota. O sea, la gente quería tomar nota de las cosas que se estaban diciendo y preguntando como si fuéramos los mayores: preguntando qué cosas nos habían ido mal, qué cosas creíamos que se podían aportar. Y lo más importante: síntesis de ideas que habíamos tenido por el transcurso de la experiencia. Fue alucinante. Porque por una vez en una charla en vez de tener que estar soltando ideas huecas a la propia compañía de Jesús porque hay mucho de religioso en estos movimientos, de que vienen los mismos, las mismas señoras devotas que van el domingo a misa pues eran las mismas que caían en Euskadi. En Euskadi dimos una charla en un sitio que estaba donde nos vinieron a dar el concierto y los dos camareros, que eran los amigos del que lo organizaba, más el que lo organizaba, más el que tocaba, más el pianista.. je, je... [ellos] eran el público y nosotros éramos la charla. Bueno había una persona.

Este paisano aparte de que tenía los ojos encendidos como AL1; lo siento, es un homenaje pero te lo vas a tener que comer [diciéndoselo a AL1]. Aparte de preguntar cosas muy precisas, aparte de obviar cosas que dificultaban la conversación... en Galicia hablamos con una cierta retranca y con una cierta provocación e ironía. Pero, con eso intentamos con eso llegar al... Es una retórica, para llegar al núcleo de lo que pretendemos decir para que se sepa expresamente cuál es el sentimiento. Hizo una pregunta y preguntó: “¿entonces se ha abierto la caja de...?”; estábamos hablando de la cárcel, estábamos hablando que habíamos ido a ver a X a la cárcel de Q, en F. Estábamos hablando de procesamiento de las madres, estábamos hablando de ideas que plateaban las nais y, de repente, se puso de pie, le llegó un relámpago a la cabeza y dijo: “Hemos abierto la caja de Pandora. Tenemos que interactuar con la gente del talego. Tenemos que llegar al talego. Su reflexión fue instantánea. Dice: “¿puedo decir una cosa? Esta broma que hacías tú de que se os llamaba asistencialistas, o reformistas, o todo esto... el que la dijo, ¿sigue currando en la calle o ya tiene un puesto de trabajo?” Dije: “mira, no lo sé. Hace muchos años que no los veo pero sí que me está sorprendiendo tu respuesta”.

Él tenía muy claro, muy claro, que estábamos ante un nuevo ciclo. Y el nuevo ciclo implicaba que todos esos prejuicios, desde una perspectiva casi personal y en otro caso una lenta maduración de la actuación desde diversas ideologías estaba llegando a un punto sin retorno. O sea, el mundo libertario, claramente, es el que ha llenado el globo de que se ha ascendido de la lucha anticarcelaria. O sea, la primera concentración de Teixeiro que se hizo nos tuvimos que marchar porque hacía demasiado viento y, a día de hoy, el 99.9% de la gente que viene pues son AL, sus amigos, su... las mujeres y otra gente. Bueno dicho así un poco de forma chabacana pero en realidad es la realidad: la masa social nuestra pues está ahora mismo en los cementerios. Entonces; sobre eso quería incidir sobre, por lo menos para nosotros, el vacío que notábamos durante todos estos años de que se necesitaba una actuación radical, lo que para nosotros es radical, en cuanto a las situaciones de

desigualdad, a las situaciones de precariedad, a las situaciones de exclusión... Había gente que en su momento lo vio. Como AL1, y cuando os digo AL1, lo estoy haciendo extensivo al resto de gente. De interactuar ahí directamente. Fueron los primeros que lo dicen así muy modestamente en la calle falperra fueron los primeros en los que abrían la puerta a toda una problemática que existía cuatro calles más para allá: que era la Sagrada Familia. Y fueron los primeros y las primeras en que bueno salió Xosé y estuvo allí. Yo, de hecho, estuve con ellos el día del 11-M, aquella noche estuve allí, cuando estaban todos medio locos por ahí que había un golpe de estado. Y su visión estaba clara: había un debate ideológico potente, a nivel libertario y de un montón de cosas pero había una permeabilidad. Sabían perfectamente que la gente de la que se estaba hablando era, era la gente que estaba en la calle. Y yo por lo menos ha sido con... Me he sentido toda la vida cómodo en ese sentido. Me acuerdo que a la salida de una de las concentraciones confundimos los coches y las pancartas y me acuerdo que le había dicho esa frase, o sea, es que da igual cuál sea el coche o cuál sea el mensaje porque son exactamente lo mismo. Nosotros estamos procesaos por decir "la Guardia Civil tortura y asesina" y AL1 ha estado 20.000 veces multao por decir exactamente lo mismo. Nuestra procedencia viene de un lugar muy determinado y el caldo de cultivo es muy distinto.

Nuestro proyecto, pues es un no-proyecto. Más anarquista imposible. El otro día cuando estábamos allí en el tejado comiendo una gallina vieja uno decía: "¿Y por qué dices que somos un grupo vegano?". Y dije: "porque en potencia lo somos. Somos pobres, estamos enfermos somos gente maja y tenemos ese rollo de... de T que se llevaba los... Ya entro en delirio. T es un compañero que se ha echado 17 años preso, que se fugó de "B" y el otro día venía con todo los carballos y los castaños metidos por dentro de la camisa. Y tenemos una foto en el coche saliéndole: era el hombre el hombre árbol... Pero tenía esa frescura. O sea, si a T, que come salchichas, le explicas un poco más lo de lo vegano no solo lo va a hacer, sino que... Es que somos potencialmente... Siempre se ha dicho desde las bases ideológicas: los que los propios sufren a veces acaban siendo explicados por los que no lo sufren. Entonces somos un no colectivo nacido de, sobre todo, de la absoluta violencia directa del Estado. Nuestro colectivo se ha ido desgranando. Llevamos 27 años trabajando. Empezamos en 1987 y el concepto de... de ocupación, el concepto de espacios pues para nosotros ha supuesto una aportación buena y una tristeza enorme. ¿Por qué? Nuestro colectivo nació en un espacio que estaba derruido, tenía 4 paredes. O sea, paredes sin paredes: cuatro pilares con unos cartones colgando con unas pinzas. Y de un viernes para un lunes constituimos la asociación de presos e hicimos una asamblea en el barrio. Se juntaron 52 personas y se llamaba "Grupos por los desempleo de... Grupos por el Desempleo de Vite. Una suerte de lo que hoy en día se llama asamblea de paraos. Pues era una cosa que lo hicimos en el año 87. Para ello cogimos un tren con dinero que nos dejó el estado, porque nos habían dado los billetes para ir al ejército y nos fuimos al Franco, nos bebimos unos vinos y con el billete nos fuimos hasta Bilbao a mirar las experiencias de cómo lo hacían allí. Ese grupo laboral duró 2 años y llegó a haber unas 70 personas currando. Cuando se hizo la primera ocupa de Santiago, que fue en el año 1991, fuimos con todo el grupo laboral allí y ponía una pancarta, tengo la foto y se puede ver porque fuimos nosotros quienes les pinchamos la luz, y ponía... "en esta casa no hay drogadictos".

Y digo, estaba escribiendo una tesis sobre eso, las palabras asustan a las personas y hasta que no se no se integran... Tuvo que ser un proceso en el que participó gente que conocéis de Santiago, de la CNT... Un proceso radical, de cambiar los conceptos y me acuerdo que dimos una charla vestidos con las fundas, que también hay una foto veníamos con las gorras y con las fundas. Y entonces nos preguntaban: "y qué, ¿os mola esto de la ocupación?" Y dije: "hombre, pues no. Porque esta casa, nosotros nacimos aquí, la llevamos viendo toda la vida y de hecho la llamamos la casa de la bruja". Y nosotros en el barrio, es un barrio que tienen unos 300 edificios y hay 300 bajos como este, exactamente igual que este. El problema que teníamos no era el espacio. El problema que teníamos es que no sabíamos qué hacer con el espacio. Entonces una de las personas que está allí que cada cierto tiempo se lo recuerdo, se frase dijo: "¿no pretenderás que nos pongamos a trabajar?". Porque ingenuos de nosotros llevábamos unas fundas, una caja de herramientas que aún sigue existiendo y

les proponíamos al grupo que estaba allí que la autogestión era trabajar, currar: pero de electricidad, soldando. Llevábamos una bombona de acetileno que no vieron en su vida esa historia. ¿Que qué nos dio a nosotros eso? Otras formas de entender, de entender la vida. Pero faltaba una cosa que era: primero un elemento de realidad, nos sorprendía que por la noche se marcharan para casa y nosotros volvíamos al barrio y estábamos en el mismo sitio. Y que luego inmediatamente estando allí fueron detenidos T, M, V, que fueron los miembros fundadores de Presos y N que sale en el libro de "B". Bueno pues esos cuatro más yo, pues detuvieron a los cuatro y quedé yo fuera. Pero no había una masa social. Porque la masa social era simplemente que éramos los del barrio. T entró con 72 robos con fuerza, mi hermano tenía de condena hasta el 2064 y eran todos chavalines. Mi hermano murió con 25 años en la cárcel. Pero sí que veíamos intuitivamente que por ahí podía salir. En el barrio pusieron carteles que éramos yonkis. La primera rueda de prensa que dimos dijimos que éramos reaccionarios porque reaccionábamos; y fuimos en pelotas a la Plaza del Obradoiro vestidos de la Justicia con unas balanzas hechas con unas cajas de galletas.

P1: Reaccionásteis sería un poco...

E19B: No, no. Éramos reaccionarios porque reaccionábamos. Entonces lo que sí había era un intento por nuestra parte de intentar conectar con esa otra esa otra parte del bosque y decir: "¡Eh! ¡Que estamos aquí!", "¡Oye, ¿qué es eso de que lees un libro?", "¿Pero qué es eso de lo de cocinar?", "¿Pero por qué llevas esas pintas tío?", "¡Ah! Pero, ¿sólo bebes esto?". Era un constante intercambio de intentar hacerlo rápidamente. Pena que a nosotros se nos moría la gente demasiado rápido. Y pena que la gente de repente se marchó demasiado rápido a Holanda y Alemania. Son todos estos con los que estuvimos haciendo allí el "Viascón". Viascón estuvo ahí.

Al volver al barrio, por cuatro veces, nos echaron cerrándonos la puerta de un local, cambiándonos por botes de pintura pero ya digo había más gente de la que hay aquí. Y normalmente la gente una media de 60-70 condenas. C tenía 28 años suspendidos y teníamos un programa de ordenador para intentarlo controlar. Y empezamos a hacer el asesoramiento porque inmediatamente de constituir el grupo empezaron a llegar cartas de los que habían detenido. Y empezamos a darle respuesta. Cuando nos dicen: "¿el abogado del colectivo?". Y es que me meo de risa porque nos habían echado de todos de todos los sitios pero contestábamos inmediatamente.

Eh... el otro día nos preguntaron en Euskadi que por qué no éramos violentos; estoy haciendo un resumen de la vuelta esa. Hubo uno que preguntó que por qué no utilizábamos otros métodos y yo me levanté y fui junto al tipo y le dije, estaba hablando Dominga, y como dijo que habíamos perdido los pleitos, "oye pues os habréis equivocado". Tenía una capucha, los de la capucha que le llamo yo. Me fui a juntar paisanos y dije: "¿cuál qué otros métodos son? En aquel tiempo sí que hubo una idea de medio quemar la entrada de la cárcel de Coruña y hubo otra medio idea de alguna otra tontería más ahí pero se seguían muriendo y muriendo y muriendo. Nos metieron al burgo de las naciones que ahí fue donde te conocí a ti y me acuerdo del día que nos desalojaron: vinieron unas turistas aparcaron el coche abrieron el rollo sacaron a dos niños los limpiaron el culo y nos metieron donde teníamos los papeles los dos "bocadillos" con toda la nata de los niños ahí bien frondosa encima de todos los papeles. O sea los papeles de nuestros compañeros estaban llenos de mierda porque éramos una mierda. Y no teníamos a ningún sitio adónde ir. Ummm... De repente lo que ha pasado y que se ha analizado poco fue que la Xunta de Galicia que sabía que allí era una zona conflictiva, comparado con Madrid muy poco conflictiva, pero de nuestro barrio se han muerto 46 personas. Y vino un tipo que se llamaba Marco Marchioni con lo que yo traigo hoy aquí, una cámara de fotos, se entrevistó con nosotros y dijo una frase que a mi sigue siendo la frase de oposición... Se falo moito paro. Es que estoy contando batallitas... Eh... dijo: "que ningún lugar desestructurado podría repararse por sí mismo. Que los sitios donde había exclusión y había tal necesitaba técnicos que vinieran a reparar. Y que por eso, querían contratarnos a nosotros".

Bueno yo creo que en aquel momento sin tener contacto con el mundo, como si estuviéramos en una pecera, nuestra actuación de respuesta fue autogestionada, intuitivamente; por eso digo que la intuición es importante en la base ideológica. Nosotros le dijimos que no, que queríamos hacer todo el todo el curro por nosotros mismos y que no admitíamos que nos vinieran a contratar nadie. Esos señores siguen allí contratados en el barrio, nadie los conoce, cobran 1500€ al mes y nosotros pues... Sí, se llama Plan de Prevención de la Drogodependencia en el Barrio de Vite. Te lo digo para que lo tengas grabado ya que haces la tesis: del barrio de Vite. Nosotros somos firmantes de ese plan a nivel Gallego que luego fue a nivel estatal. Los famosos rollos de la Carmen Avendaño,

P1: ¡Ah! De Carmen Avendaño. Vale, vale.

E19B: Nosotros éramos la contra. Éramos los enanitos que queríamos hacerlo nosotros por nuestra parte. Y la reflexión va un poco por ahí: había gente que lo que ha hecho ha sido no venir desde el espacio exterior sino desde la propia, desde la propia realidad intentando acercarse a esos mundos. Montamos un bar que se llamaba el bar “el talego” en el año 94 a dos metros y cincuenta centímetros de la puerta de acceso a la administración de metadona de Santiago. Dábamos zumos gratis y comida vegetariana. No sabíamos lo que era el rollo vegano pero la gente quería una gotitas de coñac por la mañana. Para que os hagáis una idea del nivel de volumen de bestialidad se acababan dos botellas de coñac todas las mañanas por las gotas de la cantidad de gente que venía. Hubo dos intentos de homicidio, una persona se quedó en coma, uno perdió parte de una extremidad en el baño, etc... Tres cierres por parte de la policía local y nos echamos como 2 años autogestionándonos allí.

Nos dejaron de servir Estrella Galicia, San Miguel... todos las tal y teníamos el bar, asesoría jurídica y taller. Y nosotros lo que queríamos dar más preeminencia al taller que a lo de a lo del bar. Se hizo una asamblea y vinieron los de El País y los del Semanal. Y nos hicieron una foto. Y estamos 50 personas. Y, yo, como soy de derechas pues creo que eso debía ser la asamblea por excelencia más grande que he estado en mi vida. Porque la gente estaba hablando de la metadona, estaba hablando de los terceros grados, del tratamiento que estaban siendo tratados como perros y aquel día se habló de eso. Al día siguiente, duró 6 horas, nos cogieron uno a uno y nos pusieron una requisitoria judicial para cerrar el local, pedimos apoyo y solidaridad a los otros grupos de Compostela pero no pasó nadie por allí. Curiosamente se enteraron donde estamos porque curiosamente una paisana de ETA que detuvieron estaba en el piso de arriba, se había venido a esconder justo en el sitio donde ya había mayor nivel de tal.

En el 95 se muere mi hermano, se muere el T, se muere el G, se muere R, se muere J, se muere M, se muere L, se muere S, se muere I, se mueren un montón de gente y... nos vamos a la Casa Encantada, una experiencia de 10 años de ocupación. Sí que hubo esa hibridación, pero a nosotros una cosa que nos faltaba era que había como dogmas. O sea, había cosas que se daban por hecho, por ejemplo: había gente que le podía enfadar que nuestra gente pues... venía una chica y le silbaba. Bueno, pues... vale, pero es que era el mundo que estaba ahí afuera. Nosotros estamos intentando currarnos eso pero no desde, no desde una ortodoxia así, sino intentarle hacer ver y así lo hicieron la compañera S, estuvo ahí y... más gente Clara, M, R, que estuvieron ahí pues haciéndole ver a gente que, pues sí que si veía pasar alguien con una camiseta la miraba pero, de repente... era como la ortodoxia. Hubo yo creo que una buena cohesión ahí pero justo cuando se produce el desalojo se da la gran pregunta que es: “¿Ahora dónde vamos?”, “¿dónde metemos todo esto?”, “¿Dónde metemos todo este trabajo?”. Y así inmediatamente intentamos alquilar otro sitio que se llamaba Casa Encantada 2 y se metió la radio allí y toda la cuestión.

Para que os hagáis una idea los/el expediente ese del que hablaba antes AL1 pues son 11250 ejecutorias que se han tramitado durante todos estos años. Lo hemos pesado uno de estos días y no coge una C15, ¿vale? Son 12 cestas de estas del pan llenas hasta arriba de papeles, de gente y cada una de ellas tiene su nombre, apellidos, su carta, su ejecución, su sentencia y su rollo. Pero porque

no encontrábamos esa cuestión. Nos echamos el proyecto, arrancó la Casa Encantada y cuando se iba renovar el alquiler, de repente, para mi gusto se generó un debate que para que para nosotros está bien que es el tema de la ocupación pero no nos podemos olvidar que el hecho de intentar dar caña en materia de exclusión requiere unas herramientas muy precisas. Y de la noche a la mañana nos quedamos con la furgoneta teniéndolo que llevar al bar. Y yo me volví al barrio después de 24 años. Al mismo sitio donde estaban los compañeros leyendo el As y mirando la tía en tetas, a los mismos compañeros que seguían en el mismo banco y al mismo local cerrado y a estos cobrando 2000€. Y la sensación que tenía era: mejor no haberme leído nunca ningún libro y mejor no haber tocado esa experiencia con la mano porque esto no puede ser que se recaiga en esa cuestión. Me estoy refiriendo a lo que es la continuidad de los proyectos. Me he extendido pero era por la utopía. En estos días estamos construyendo una cosa que pretendemos que dure 200 años. Lo que haremos, lo que estamos haciendo y llevamos haciendo durante todo este tiempo es: tenemos una asesoría jurídica universal y gratuita, donde no existe el rol del abogado sino que se atiende a la gente y se le intenta explicar al personal cómo llegas a una conclusión de cómo declarar, cuál es el proceso y toda la cuestión. Hay un grupo de contacto con gente que está ahí en el talego para decirle la chachi, hablar con su familia. Y luego un grupo de familiares que por eso nos hemos transformado el nombre del colectivo y nos llamamos colectivo Nais porque en realidad es una cuestión afectiva, no una cuestión ideológica. Pero a día de hoy en este mes de septiembre nos hemos echado 40 días juntos, todo el grupo, y si no han venido una media de 9 personas diarias con sus 9 problemas, con gente que: uno quería venir de Astorga, el otro de Lugo, dos detenidos en Vigo... Bueno vosotros sabéis como es la situación: entran y entran y entran y entran. Y lo que es indecente, es que eso solo se pueda canalizar desde la perspectiva de las ONGs “yupi-yupi” que son educadores sociales o trabajadores sociales. Pero que lo contrario de eso sea la nada. No se puede hacer un curro eh... un curro, o una actuación, un lo que sea, frente a situaciones drásticas de tal. Entonces, pues lo que decidimos es utilizar lo único que tenemos que es nuestra inteligencia. Creamos una fundación que se llama “Sernes quen Fer”. Mi familia donó lo único que tenía que era una casa en las afueras de Santiago y la estamos reconstruyendo. Tiene 200m2 y es llevamos 40 días haciendo un tejado y poniéndole los tornillos para que dure 200 años. Tenemos un horno de pan, tenemos... Y la idea que hay es esa una cuestión de continuidad, una fundación. Eso ya no se puede vender, ya no se puede que... Queremos que la gente no sienta la precariedad de mañana los desalojan o que mañana desaparecemos como colectivo. ¿Si es un rollo de misionero? Sí. Por eso somos de derechas. ¿Si es un rollo de militancia cuasi-religiosa? Sí. Por eso somos del Opus. ¿Que es un rollo de ayuda a desfavorecido? Sí. Por supuesto. Pero es que es como dijo el chaval de Murcia: “os tempos son chegados” . Se está produciendo esa ruptura flagrante de la sociedad. Los presos menos mal que en los años 90 los llevaron a las macrocárceles. Porque nuestras cárceles, las cárceles donde ha nacido nuestro colectivo, eran las cárceles de la ciudad, las cárceles de la Modelo, las cárceles de la cárcel de Coruña donde se le llevaba a los presos el bocadillo y el eko. Yo le llevaba a mi hermano eko. Sí, eko, que es una mierda de café con una cucharilla en el medio para que la afilaran. Y hemos pasado a saber quién era Mummia Abu Jamal o dónde está “Topas tico” [¿?] o hacer una concentración por el wh*tsapp, pero que a uno le de vergüenza, como dice E19A, llevarle calzoncillos a la persona presa. Hemos pasado a eso. Hemos dado una charla en Pontedeume que era “Fe, esperanza y caridad” que es un cuadro del Greco. Y les dije: “la Fe es un concepto que no es religioso es metafilosófico. La esperanza es algo que requieren las personas para pelear. Y si es desde una ideología, mejor. Y la caridad como decía Juan XXIII no es justicia, pero sustitúyela ideológicamente. Apoyo mutuo decía Kropotkin. Se puede utilizar el que sea. Es que resulta que los libros nos los leímos. Pero esos libros están vacíos si no hay un punto de partida común que es el que tenemos con esta gente.

P1: También es verdad que antes las cárceles estaban en las ciudades y era mucho más fácil, era más cómodo ir a comunicar con un preso o entregar un paquete. Ahora están a tomar por culo, en los páramos que ni siquiera tienes un autobús para ir.

E19B: Simplemente, para acabar. Yo, personalmente, me siento contento. Sobre todo agradecido. Agradecido porque nos hayan ofrecido la oportunidad de estar en ese proyecto. Porque veo que es vivencial. O sea que digo AL1, y digo AL1 y digo X, X, X... el resto. No es que se les pase por la cabeza: yo ahora monto una campaña y luego me voy a la vendimia, o a la fresa. Que ya estoy cansado de la fresa y la manzana y la hostia. Sino que está ahí, llevan siempre ahí. Son la renovación: tienen fuerza, tienen ideología, que es lo que nosotros necesitamos y, sobre todo, tienen futuro. ¿Cómo le voy yo a decir a alguien que se ha echado 20 años preso que el futuro ideológico de lo que le estoy planteando no puede durar ni al siguiente fin de semana porque a lo mejor hay una asamblea y no se llevan entre la gente? Pues nosotros estamos esperando ese día. Nosotros, al final, somos los sujetos de este problema. Somos las personas afectadas. Nosotros hemos llegado hasta aquí pero entendemos que los que tienen que continuar para delante son los que están llenos de esa ideología, de esa forma de esa forma de verlo y que no hay que tener ningún tipo de cortapisas para afrontar el problema. Nosotros saben que vamos a estar allí. Vamos a tratar con gente y si es como dice el T si va a parecer el proyecto... el proyecto Jambo, pues parecerá el proyecto jambo. Pero yo os animo a que se rompa esa barrera y que se pueda ver una ayuda y una acción directa con los presos, con la gente que tiene problemas de drogodependencia y que no estemos delante del juzgado, como la última vez que pasó una concentración, que vino un compañero mío a pedir dinero, yo le di dinero y alguien en el bar me dijo “no le des eso que estás fomentando la limosna, la esmola. Tenemos que romper esas realidades y pasarse un poco de tiempo en las comisarías, en las UCIs, en los sitios de urgencias porque ahí es donde está, donde está el tomate. Y para muestra un botón, hace 3 días un compañero que estaba por Santiago que vino a visitarnos, ha fallecido y lo encontraron hace 3 días que se descubrió que estaba muerto pero llevaba 5 días en una pensión medio muerta en el en Santiago de Compostela. Hasta que ese tío no pueda estar integrado en un en un concepto más grande yo creo que poco se avanza. Y siento haberme extendido.

E19A: Y al final no falaches de Nais.

E19B: Sí...

P1: Pero fala ti de Nais.

E19A: Pero que no. Que yo no sé los rollos de los artículos y todo esto que sé... Bueno, pues ahí voy yo. Se me fue por los cerros de Úbeda y a mí me cae ahora todo encima. A ver, nada. Después de todo esto que han hablado aquí los compañeros eh... Deciros también que os quiero presentar aquí a este hombre, a este amor, que sois todos, pero que se ha chupado todo el proceso de Tarrío conmigo en el hospital, a diario [refiriéndose a AL2]. Era todavía un niño y hoy es un hombre. Y ha estado siempre ahí conmigo todos los días. Todos los días. Su hermano y los compañeros en la calle luchando y él, en el hospital Y en casa, todos los días. Me acuerdo que venía desde Coruña hasta Arteixo... que hay una tirada. Para estar con Xosé Tarrío. Y... y bueno, era un niño pero era un hombre porque si hubierais visto cómo se puso también con la policía... Y a las 3 o 4 de la mañana, 5 de la mañana... Bueno que es un encanto y Tarrío lo adoraba. Os adoraba a todos pero como era el más joven siempre decía: “Madre mía, es un amor”. Decía: “Mamá tienes que conocer a AL2 porque es un amor de...”. Siempre le tuvo especial cariño. Bueno y ahora no te digo más porque sé que te voy a poner tal. Vale y no quiero también irme por los cerros de Úbeda que siempre me voy.

La historia de Tarrío yo creo que todos los que estáis aquí la conocéis. Voy a... Y como Tarrío muchos presos. No quiero tampoco que mi hijo quede como un héroe porque no era un héroe. Tarrío era uno más. Uno de tanto presos que han quedado por el camino. Que siguen quedando por el camino. Que no hace falta poner ideología a la gente, ni etiquetas. Que tenemos que tener claro que los que están en la cárcel son seres humanos. Y todos son iguales. Y todos luchan. Porque el que no lucha y está dormido con tranqumazines o con drogas, bastante tiene. Eso también es una lucha. A mí, yo qué sé. Cuando se habla de política a mí eso me hace daño porque a mí sí me importa el ser humano. A mí me importa la gente que está ahí dentro. Y que las cárceles, vuelvo a repetir y lo repito siempre: son

centros de exterminio. Son centros de tortura. Y eso tiene que desaparecer. Que la cárcel sólo fue hecha para el pobre y para el rebelde. Yo no veo a ningún poderoso y esos roban. Esos sí que roban, eh. Y dentro de la cárcel para nada. Entonces lo que tenemos que tener claro es eso: las cárceles tienen que desaparecer. Y tenemos que luchar y tenemos que apoyarnos entre nosotros mismos. Porque a la cárcel no va solo mi hijo, ni va... ni van otros compañeros. A la cárcel va cualquiera. En los mundos que estamos y que estamos viviendo, a la cárcel puede ir cualquiera. De hecho, yo, que bueno, no he hecho, si bueno, lo único que he hecho es decirles: "la guardia civil tortura y asesina". 3000 [euros] y como yo otros compañeros. Somos 15 imputados, 3600 de multa piden o si no 9 meses de cárcel. O sea, yo no pienso pagar un duro por algo que considero que no he hecho. Estoy en todo mi derecho a estar en la calle pidiendo justicia. Una madre si la matan un hijo, que tiene una discusión con su padre, que vienen a por él, que no ha hecho nada, que va a comisaría el otro día y le dan el hijo ahorcado. Esa madre, esa madre tiene que saber qué es lo que pasó... Con 22 años. Y, entonces a esta madre se le niega todo el derecho de justicia. O sea, de justicia, que ya no la hay; pero de hacer una investigación. Sin embargo, estos señores van a decir que estamos insultándolos con injurias y a ellos lo llevan a trámite la denuncia. O sea que el mundo está al revés. El mundo está patas arriba: o sea que la gente que está luchando por los Derechos Humanos y por la Justicia ahora se ha dado vuelta a la tortilla y es la perseguida y el resto quedan. O sea, no se si me en... es que estoy completamente indignada, ya no por mí, sino por... madre mía, ya ahora con 67 años que tengo es lo que faltaba ver, a mí, ya lo último de lo último. Y una madre no se puede tocar, porque estamos en todo nuestro derecho a estar gritando en la calle nuestro dolor.

Yo todavía sigo esperando... fijaros cómo estoy, que hasta parece que estoy riñendo. Parezco una dictadora. Porque estoy muy dañada dentro. Porque llevo años luchando. Y yo he visto cómo han torturado a mi hijo. No ya en la cárcel, sino en el hospital. Y éste... O sea, tengo 6 testigos. Aquí hay uno que puede decir cómo tenían a mi hijo. O sea los doctores me dicen que se muere y no me permiten estar con mi hijo ni darle de comer. Y lo tienen esposado al somier de una cama en un hospital. Es que esto es muy fuerte. Yo quisiera verles en una de las charlas a estos señores y que me digan a mí en la cara que no existen las torturas en España. Existen las torturas en España, dentro de las cárceles y salen de las cárceles para afuera y se llevan a los hospitales. Y los médicos cómplices. Porque los médicos ahí tenían que defender al paciente. Era un paciente y tenía sus derechos. No se me ha permitido. Sólo se me ha permitido estar con mi hijo todo el día y toda la noche cuando entra en coma. Cuando ya mi hijo no me escuchaba a mí y ni yo lo escuchaba a él. O sea, ha sido horroroso. Horroroso. Y, bueno, ya me voy yo también porque es que estoy... estoy... Me tenéis que perdonar, estoy... o sea, cada vez estoy... Fíjate que han pasado ya años y cada vez estoy más tocada. Dentro estoy llena de rabia y de... impotencia y de decepción. Porque es que nadie hace nada. Nadie me ha dado una explicación de por qué se permiten estas cosas. Entonces no puedo entender de que digan que hay justicia. Justicia sólo de nombre, porque de hechos no hay ninguna. Ninguna. Y si tú haces algo pues ya ves: te condenan. Es lo que quieren. Lo que quieren y lo que pretenden es con estas denuncias es cerrarnos la boca. Que cojamos miedo y cerrar la boca. Quiero decir desde que estamos denunciados hemos seguido estando apoyando a la madre. Y cada 12 de octubre mientras ellos rezan en la iglesia de Arteixo, nosotros estamos haciendo la concentración. Este año no se hizo porque la madre no se encontraba bien y dijo que no. Y este año ha quedado así. Nosotros queríamos hacerlo pero ella dijo que no y respetamos lo que la madre quiere.

Y, bueno, el hecho de hacer la asociación Nais es como dijo aquí el compañero, es de venir de tantos años de lucha de presos y de todo esto, a raíz de que cada vez hay más chicos muertos. Entonces hemos decidido juntarnos las tres madres que hay, que de momento somos tres y alguna más que no ha tenido este problema pero que están ahí por solidaridad, porque lo sienten, como apoyo. Hemos decidido hacer esta asociación pues por lo menos para apoyarnos y darnos ese abrazo, darnos esa fuerza, en este momento. Hace dos años entró X, la madre de V... que por cierto estos días iba ya, le han vuelto a pegar a la hija. Terrible. Le han partido la nariz, el tobillo, desde antes de ayer la tienen desnuda completamente... La chica ya empieza a hablar de hablar por teléfono que tiene ganas de

suicidarse... Esto es la cárcel, eh. Está la carta de la chica en internet. Se puede leer y es que es horroroso y tú lo sabes compañero [refiriéndose a P1]: es horrible la situación en la cárcel. A mí me ha tocado vivirlo en el hospital. Y si en un hospital yo como madre y los compañeros hemos visto lo que han hecho con mi hijo paralizado y esposado al somier de la cama, ¿qué es lo que no harán en una cárcel? Que ahí no entra nadie, nadie ve. Nadie ve. Porque a veces ni permiten la entrada a los abogados. Porque, por ejemplo, aquí el compañero quería ir mañana a Salamanca a ver a X y el domingo no puede ir. O sea, quiero decir que hay una serie de normas que...

P1: Y ahí dentro carceleros son todos: médicos, psicólogos...

E19A: Bueno de todo, claro, claro. Si estoy diciendo que son cómplices en el hospital imagínate ahí. Tarrío paralizado con la boca torcida y el brazo que lo tenía que hacer así. Tuve que aporrear la la la puerta yo en la cárcel porque él no se daba cuenta al no tener espejo y no tener nada, tú sabes cómo funciona... No se daba cuenta que tenía la boca torcida. Y aporreé la puerta y viene éste me dice: “¿por qué aporrea usted la puerta?”. Y yo: “¿pero usted no ve cómo está mi hijo? Es que necesita un médico”. Y me dice: “ah, su hijo es mayor de edad nosotros no podemos hacer nada”. O sea, te sientes impotente porque tú quieres ayudar a tu hijo porque sabes que ahí hay algo grave pero Tarrío no se da cuenta... Dice que le duele el brazo, de hecho el brazo ya estaba sin fuerza pero nada, le dan por dos veces una aspirina porque dicen que es la gripe. Pero qué coño gripe si ya se veía que no era la gripe. Y cuando su madre pide los papeles médicos para entrar en juicio; que de hecho se hizo pero perdí y se recurrió y se perdió también... Para tener los certificados médicos, la cárcel me contesta y me dice que no me los va a dar y yo: “¿cómo no me los van a dar? Eso es de mi hijo y me pertenecen a mí”. Todo el papeleo... no: “si quiere denuncie usted por lo penal”. ¿Por qué te dicen así? Porque saben que eres pobre, que no tienes un puto duro y que no vas a denunciar porque, joder, encima pierdes y te llevan lo que no tienes y tienes que pedir. Tienes que pedir. Porque yo, fíjate tú, para pagar incluso al médico, este de eh... ¿cómo le llaman a este tío?

E19B: El fenómeno.

E19A: Este que... otro subnormal. Porque dice que ve indicios de que si hubieran atendido a Tarrío a tiempo... Es una es una de las tres eminencias de los descubridores del medicamento del retroviral, que bueno eso hay que demostrarlo, pero bueno. Le mandamos el informe, hablamos con él, a mí me hablan de este señor que podía hacer un buen informe para aportarlo en el juzgado y él dice que bueno, que le mandemos el informe. Le mandamos los informes y dice que ve indicios que... A ver hay muchas personas que han tenido esto y que han muerto. Pero hay otras que cogidas a tiempo, que están vivas. Porque aquí ha habido... O sea yo en el momento no me di cuenta pero a lo largo de, después de morir él... o único que le dan a Tarrío eran un tranquimazín en el hospital y un pramalag pinchado. O sea no le hacían ejercicio, le tenían esposado. Después es cuando te das cuenta. En el momento estás con la cosa que tu hijo... en fin. Y dice, que bueno que nos hace un buen informe. Y nos pide ¿cuánto nos pidió? 1500€ 1500... No. Nos cobró 800 la primera vez por mandarnos el informe. Y luego sin nadie llamarlo se nos presenta en Coruña y nos pide 2000€ más. Nos pidió 1500€ y luego nos pedía 2000 más porque al señor se le dio por venir a Coruña sin nadie mandarlo, que se presentó allí, e irse para uno de los mejores hoteles y quería 2000 más. Pero eso no se le pagó: “¿¿pero de qué va?!” ¡Vamos hombre! Y, total, el informe que hizo... vamos que ya no lo presentó el abogado porque era aberrante completamente.

E19B: Que Xosè era cocainómano, que...

E19A: Y él lo sabe. [Sobre su anterior intervención]

E19B: ...que tenía actitudes diatrogénicas, que había una concausa que la había provocado él, que el golpe...

E19A: Sin conocerlo, eh.

E19B: Peor. Peor que la valoración de...

E19A: ¿Pero sabes por qué? Luego nos enteramos que es íntimo amigo del jefe del equipo médico que atendió a Tarrío. Son tres: uno americano, otro que es este que es de Santiago; está en Coruña, pero creo que es de Santiago. De hecho se atrevió en una conferencia que dio en el... ¿cómo se llaman esto de los médicos? En el colegio de médicos, bueno una cosa así de médicos... ¡Es que le dan tanta pompa a los nombres! En el colegio de médicos que se atrevió a decir, que lo podéis ver ¿en la hemeroteca es?... Bueno ya me entendéis... Está grabada la conversación que dio este señor que es Domin... ¿cómo le llaman a él? D. no sé qué, D. G. o algo así, y se atreve a decir... O sea lleva el libro de, a ver niños... Foucault \Fucol\... Ahora lo dije bien porque siempre digo Focul. De Foucault y el de Tarrío. Lleva los dos pero el de Foucault no lo toca, pero sí coge el de Tarrío... se ve perfectamente que no lo leyó para decir que el libro que escribió Tarrío, Xosé Tarrío, que es literatura del mal y luciferina.

Público en general: ¿Ah sí? [Risas y comentarios de fondo]

E19A: Así está. Oye si entras en la hemeroteca podéis ver lo que... está allí escrito eh. O sea, y que era un libro... ¡hombre! Este señor es del Opus Dei. Luego se le mandó respuesta y le dijimos que entendemos lo de luciferino porque sabemos, ¿cómo le llaman?, sabemos a la secta que usted pertenece, al Opus Dei: Se le mandó ese escrito que, por cierto, el de él salió en toda la prensa de Galicia y el nuestro no quisieron publicarlo ni en la Voz de Galicia ni en La Opinión ni nada. O sea lo publicó Marea Negra, ahí sí salió, ¿no? Y... quiero decir que, bueno, este señor al principio bien pero... se entera de que a quien queremos denunciar es al jefe de aquí, porque es íntimo amigo, y luego hace el informe... Pff. Desastroso. Entonces el compañero, el abogado, dijo esto no podemos presentarlo porque tal, hemos perdido eh... Empecé a por el hospital porque a mí me parece, compañeros, gravísimo que en un hospital se permita, donde se deben salvar vidas se permita... que hagan todas estas cosas, porque no es sólo el paciente es que se lleva una... yo he entrado en una película de terror y todavía no he salido. Es que no he salido estoy completamente dañada con este tema que me ha tocado vivir. Yo hace poco fui al médico, hace tres meses y me dijo: "tienes que tomar medicamento porque te estás matando a ti misma". Me levanté de la silla y dije: "usted no me puede pedir a mí que cierre los ojos". Dije: "Home, ¿cómo usted me puede decir a mí que yo olvide cuando compañeros suyos en un hospital...? Yo no puedo olvidar esto porque no quiero olvidarme no quiero olvidarme de esto". Entonces he rechazado el tratamiento pero me doy cuenta que estoy verdaderamente mal. Y no. No quiero olvidar. No quiero olvidar. A mi hijo ya no le pueden hacer más daño... Y, de hecho, lo siguen haciendo: han arrancado, otra vez, todo. Todo lo que se plantó. Pero bueno, ya no lloro por esto. El sitio donde se echaron las cenizas, ¿vale? Pero... no quiero olvidar. Yo no puedo olvidar porque hay hijos de otras madres ahí, presos. No podemos, por el hecho de que haya muerto mi hijo, no podemos cerrar los ojos a tanto sufrimiento y a tanto a tanto dolor.

No podemos cerrar los ojos. Las cárceles son centros de exterminio. No sólo con los presos, sino con las familias. Matan a los presos. O sea: aquel preso que entra y que le queda algún buen sentimiento, acaban con él. Y el que es malo, sale más malo todavía. No he visto que ninguna cosa que salga... Ni un preso reinsertado de, de la cárcel. Y... y con las familias igual. O sea, yo era una persona que estaba fregando y estaba cantando y estaba... Ya no soy la misma. Ni la cuarta parte. O sea ando... mm... Terrible. Y luego, otra cosa, también: que te llevan los hijos y que no hace falta ser preso político y digo político porque ellos hacen estas diferencias, no yo, eh. A mi hijo le han llevado sin ser político por todas las partes de España: o sea gastos que muchas madres y muchas familias no tienen para hacer el viaje para ir a ver a sus hijos. Kilómetros enteros. Ahí tenéis a L, una vez al mes, que se va a L que es un pastón ir y venir en el tren y luego ella trabaja y, y, y viene sin dormir a incorporarse al trabajo... O sea, es... acaban con la familia. Acaban, pero en todos los sentidos.

P1: Teóricamente dicen que tenemos derecho a cumplir, las personas presas, en la comunidad donde viven.

E19A: Sí, claro. Sí, sí. Pero no. Todo, una mentira.

P1: Una mentira.

E19A: Y luego ahora... Menos mal que no hay registros. A mí me tocó, por ejemplo, en Jaén 2 que fui a ver a mi hijo... Ya no estaba permitido que desnudaran a la gente y, yo, para poder ver a mi hijo que ahí, tú sabes que Tarrío puso una denuncia al director y la ganó; y yo si quería ver a mi hijo... Tuvieron, o sea, fue una, una carcelera pero... tuve que desnudarme: ahí me ves a mí, no en pelota picada pero poco menos. Porque quería que me sacara las sandalias y como estaba con un corsé, que estoy con la columna terrible, ya me cabreé y le dije: "mire no me saco más nada. Si quieres me la sacas tú, pero te advierto que me huelen los pies porque los tengo todos sudados". Y entonces la tía me dejó, ¿no? Pero sí que te dan ganas de coger... Imagínate. A mí que me vean en pelotas me importa un pepino: un pellejo más, otro menos, no importa. Pero ver a tus hijas con 24, 25 años... Eso es que es humillante. Y ahí yo recuerdo que mi hijo le puso una denuncia a este, al director, que la ganó y nos prohibió que fuéramos a verlo más a esa cárcel. Decía: "mientras yo esté aquí no quiero que volváis a venir". Porque le cortamos toda la parafernalia. Luego, otra cosa. Que las llevan, que es lo que dice el compañero: por lo menos en la ciudad, pues oyes vas y pasabas igualmente el bocado. Yo cuando era más joven iba a llevarle bocadillos a los presos de la cárcel de Coruña. ¿Quién me iba a decir a mí que con el tiempo tendría que llevárselo a mi propio hijo? ¡Y te dejaban pasar sin ser familia! Ahora los llevan para el quinto pino, para el fin del mundo donde tienes que coger un taxi porque a lo mejor, si vienes de afuera, no hay combinación de...

P1: O andando.

E19A: ... de buses. Debo esperar... Y es que es, es horrible.

Y luego los controles que hacen . En Coruña la última vez que fui a ver a mi hijo, eh, me pasan por el control este que tienen alto y tal, llega uno que es uno de gafas no sé si lo conocéis... el cabrón no está... Y venga a pásamela. O sea: paso el control y no pita. Y paso bien pero el tío después de estar dentro, venga con el aparatito para aquí y para allá. ¿Cómo es que le llaman a esa cosa? Y venga dale que te pego. Y me cabreó y le digo yo: "¡Joder!, ¡deja de pasarme el aparato que no quiero que me pases el aparato!". [Y él] "Señora estoy...". [Y yo] "¡No!. ¡Si quieres magrear te vas a magrear a tu mujer! Pero a mí no me toques más con el aparato que te pongo una denuncia". "Le puedo llamar una carcelera", "pues que venga la carcelera. Pero a mí no me toques más". Y el tío seguía.

[Corte en la grabación]

E19A: ... "Y usted por qué me dice eso" Y digo: "¡No! Es me han dicho que, me han dicho que tenías una pajarería. Era simplemente para comprobar si es cierto o no". Nunca más me miro. El tío se quedó y dijo: "pase usted". ¿Qué iba a hacer?

P1: Menudo pájaro.

E19A: El tío me miraba porque yo iba con las gambas al ajillo para Tarrío y llevaba una blusa (...). Eso sí: yo droga nunca le pase a mi hijo. Porque él sabía que a su madre no se la podía pedir tampoco droga. Yo siempre fui contra eso. Pero lo que es mayonesa hecha por su madre, gambas al ajillo, o bistecs empanaos que le encantaban... No veas tú: me salía la salsa por aquí y el olor, pobre de mí... con los bigotes... podría haber caído y haber sacado las cabezas y no se las saqué. Y eso picó toda la blusa, y bueno, me corría toda la grasa y el olor.... El tío claro que pasaba. Después me di cuenta cuando estaba con Tarrío arriba. O sea, con Tarrío y toda enfadada y me dijo "¿qué te pasó en la blusa?" Y digo yo: "¿pero qué me ha pasao?" Y cuando me veo, digo: "¡joder! Por eso es por lo que me pasaba la raqueta".

[Risas generalizadas]

E19A: Y bueno, ahí veis a mi hijo lavando, lavando rápido en el wáter, me la pone a secar en las dos horas que estuve allí y tal... Pero bueno, esto sí que se ha disfrutado porque se ha comido. E iba como podía por debajo de aquí, por debajo de allá. Y los cruasanes los tengo comprados incluso en la cafetería y meterlos así... Y parecíamos pastoras, con las manos así para que no se vieran.

Con ello quiero decir que sí, que te ves afectada. Se ve afectada, no solo el preso, sino la familia. Y no quiero alargarme porque, aquí, los compañeros tienen que hacer el concierto... Y las cárceles tienen que desaparecer. Tenemos que tener claro que lo que hay dentro son personas, que nos preocupemos por la gente que está dentro y también por las familias. Yo debo decir que en el momento en que estuvo así mi hijo, viví/fueron 6 meses terribles. De querer, de querer acabar ya... hasta con mi vida. Y si no hubiera tenido a la gente de Coruña a mi lado en ese momento y otros luchando por toda España yo... no hubiera seguido. Porque ha sido desesperante la situación que he vivido. Muchas veces he tenido ganas de acabar con mi vida. y eso es una palabra que no me gusta porque yo nunca he sido cobarde. Pero más que nada por el mundo. O sea, cómo decir yo... por el mundo asqueroso: no. Por la gente asquerosa. Alguna gente asquerosa que hay alrededor que se creen superiores al resto de los humanos. Pero bueno, he sacado siempre fuerza de la gente que siempre ha estado ahí, que me ha apoyado, que siguen apoyándome y que aunque os parezca que vuelvo a repetir siempre lo mismo: aunque os parezca que no hacéis nada, si hacéis mucho. Solo por estar aquí, por la solidaridad, por el amor, por esos abrazos, por la compañía y por la lucha, hacéis muchísimo.

E19B: Yo quería comentar una cuestión. Porque, bueno, obviamente parecía que lo que estaba hablando era de antiguo y de cercano, por poner un ejemplo de lo que acabas de decir ahora. Para ver lo que puede ser el curro de nuestro colectivo que, en realidad, le llamamos colectivo por identificarlo frente al vacío, ¿no? Pero... Por ejemplo en el caso de X, eh... Hay una cosa ahí que es instintiva, que funciona desde siempre: que son las madres transfiriendo información, las madres están también en el colectivo y si le indicas el nombre de... del señor A.N. saben quién es. Y a pesar de que no aparecen en ninguna charla y tiene una transferencia, un canal de comunicación bestial. Ahora coincide que, bueno, estamos varia gente junta... pues L. vive en el quinto pino... ella en tal, E., C. ... Hay un montón de madres que cada vez que hay una alerta... una cosa: eso ya pasaba de alguna otra forma en el barrio por cercanía. Pero así es, por lo menos desde mi óptica, lo más natural posible. Porque la información ya fluye entre las madres. Entonces, de repente hay un problema y se reactiva ese grupo de gente y se queda con la persona... para, para, bueno, para mirar cómo se puede enfocar. ¿Quién me pide ayuda? Las madres. Hace un mes iban a repatriar un chaval de... de... Perú, no. De Colombia.

E19A: De Colombia.

E19B: De Colombia. Y apareció la madre. Le iban a dar la libertad el lunes y la bola era meterlo en un avión y mandarlo para allá. Vale. Y era un asilo porque le esperaba la muerte al chaval en el otro lado. ¿Quién vino? La madre. ¿Con quién habló? Con otra amiga de A. Y A. habló contigo [E19A]. Y, bueno, tú me viniste a coger a mí. Es una red. Es una red que funciona multisectorialmente. Se ve como una especie de internet, eh. Intranet, eh: muy rápido.

¿Qué cosa creo que se hace bastante guay? Que no hay la limitación de que de repente cuando se habla de lo jurídico que se va a un despacho de abogaos a hablar de lo jurídico. Sino que todo el mundo tiene la capacidad para hacer preguntas jurídicas: y la bola ¿cuándo te la dan?, ¿la hoja de liquidación de condena?, eh... ¿que tienes otro marrón pendiente? Entonces, nosotros, de lo que nos encargamos con eso es analizar. Analizamos lo que está pasando y miramos la forma de poder sortear la... O sea, tenemos como recetas. Pues esta madre pues mira: "te vas a la delegación de Gobierno mañana te quedan dos días, le entregas este papel, hablas con los Ecos del Sur" -que son otra que son otro colectivo que esos son más que ponen ong-... pero se activa. Se activan esos

mecanismos que a veces parece bueee... “es la justicia. Yo con eso no quiero saber naaada”. No. Hay una serie de mecanismos que si los activas puedes conseguir un resultado.

[Pausa en la Grabación]

En el caso de X: hace cosa de año y medio no se sabía las condenas que estaba cumpliendo. De hecho, fue a un juicio que con abogado pagado de concierto y ella se cagó en el tio que estaba en frente y era su abogado. Porque se llegó a tal dislate de que el mecanismo de solucionar algo es hacer un concierto pero llevas el dinero de aquí a un señor que hizo la carrera de derecho, ese señor es el que le va a intentar ayudar allí, sin que haya una compactación. Luego, otro dislate, estamos en Málaga dando la charla y el ambitopoyesis, y chama ela, como ahora. Por eso te dije de cortar porque iba a hablar de lo de X. Cogí y dije es X, se hizo un silencio de la ostia, a ver qué te pasa? Salgo pa’fuera y tuvimos que tirar a L al día siguiente. Hicimos Granada, Málaga, Málaga, L 5 veces. Vale, una anécdota. Había una niña que vio a (anduriñas) Golondrinas porque hay cien nidos de Golondrinas encima de la cárcel en la entrada de L que es una macrocárcel, que tuve el privilegio de cruzar hasta la zona de seguridad, y la niña con un par le pedía a la madre que a ver si era capaz de acercarle un nido para meterlo en una jaula para llevárselo para casa y era la hija de un preso. Bueno, pues estando allí pedía que le dieran unos zapatos de plataforma, de estos guays, de los de mango, una camiseta ceñidita y un libro de Malatesta. Y digo Malatesta te lo voy a dar yo a ti. Amos a ver, porque era un dislate, era qué pides si vas a un sitio era como una especie de estar hablando un lenguaje, cuando nos vimos hablamos el mismo lenguaje. Pero que me estás contando que eres del quinto pino, ven para aquí, vamos a poner las cosas, que parece que hay como un prejuicio pa, pa poder decir lo que dirías en la calle. Si eso, si lo que yo le dije ella me lo llegan a escuchar las charlas me dicen pero y este tio? Sabes?. Pero no, hay una conexión así, justo en el plano, entonces, conseguimos después de un año y medio saber cuándo acababa la condena. Ahora saber lo juicios que tiene pendientes, hablar con propiedad. No tiene un intento de violación, tiene un intento de acoso sexual. ¿Qué importancia tiene? Que los de (acai) están monitorizando todo lo que se grabe y todo lo que se está poniendo en las redes y ahora ya han paso ellos también a otro plano, que es presentar denuncias por denuncias falsas. Entonces se han abierto unas diligencias contra la madre y contra ella. Nuestro proceso penal es el mismo. Se nos, se nos procesa por lo que hemos dicho. Entonces, si que es importante controlar que es que es lo que dices. Muchas de las charlas cuando se ponía a explicar fuera el proceso oye por favor estáis grabando? Sí. Dejad de grabar. Entonces básicamente nuestra forma de actuar es intentar como los el mejor ejemplo en la fórmula 1 cuando van Fernando Alonso el ingeniero de que le va diciendo dale gas tira p’atrás, pero sin hacer nosotros de motor.

[Pausa en la grabación]

E19B: Entonces, hacemos eso. Ese curro, intentamos que no haya una diferencia entre lo que son los juristas y las personas. Y luego la actuación: acompañar a la gente al juzgado, a presentar el escrito en su propio nombre, a hablar con el abogado de oficio y todo eso. Pero sobre todo es una cuestión de cabeza.

Estamos con la edición del libro de Xosé Tarrío porque por fin... tenemos el depósito legal ISBN y la traducción en galego: “Diario de un preso FIES”. Y un poco la idea que hay es que se ha puesto un rollo bastante didáctico: hay, al principio, explicando lo que se hace. Y la idea que hay es coger y juntar pasta para proyectos que sean específicos. Por ejemplo, como empezamos al principio: un curro para la peña, que pueda hacer un curro de montar una granja de setas. No una granja en una secta, sino una granja de setas. Vale. Entonces, ese es digamos el otro curro.

Luego, el tercero: la formación. Tenemos una universidad popular. Y ya se les ofreció a la gente de Valencia: un colectivo social que haga un curro de base que necesite que le venga peña sin tener que andar soltando pasta a los abogados. Aquí en Madrid pueden venir 50. ¿Para qué vale? Por ahora

para dolores de cabeza. Vale porque una de las que tenía que hacer depósito legal está en esas prácticas y yo el otro día levanté el teléfono y me lo dio en un momento. Pero bueno, quitando que bueno de vez en cuando aparece alguien que resulta que por las mañanas va a hasta ahí hasta Moncloa a estudiar y por las tardes va a un colectivo y lo refuerza. Porque si no hay esa capacidad de autoformación sería como la informática, como el Linux. O como el rap que se bajó de la calle. ¿En el Derecho qué vamos a seguir haciendo? ¿Haciendo conciertos para juntar dinero para dárselo a los señores que viven en su casita? Nosotros propugnamos por eso por la autogestión. Porque es algo que tenemos. Entonces, es una universidad popular que tenemos y que esperamos que en su día acabe Portomouro; que le hemos hecho ya la parte del tejado.

Y la tercera importante es el tema de las de las visitas. Tenemos un proyecto de reactivar las visitas pero de una forma diferente. O sea, por eso estamos ahí a ver si somos capaces de organizarnos bien. Porque la idea que hay es que si se empieza la visita de un preso, debe acabar cuando acabe la condena. Esa es nuestra [idea]: cuando acabe la condena. Intentar evitar que, de repente, venga alguien, se caliente y diga: “bueno yo voy a ver estar semana, le pongo la dirección de mi casa, luego se me hará por echarme a costa rica o a por manzanas a Italia” y se queda la persona tirada. O es la idea que tenemos ahora. Es una especie de compromiso de tú estás dentro, yo estoy fuera. Hasta ahora ese ha sido siempre nuestro compromiso. T. que se echó 17 años preso, de los 17 años, yo le escribí 15. Y C., mi compañero C., desde el día que salió, del día que entró al día que salió. Ahora hay más gente y un poco la idea que pretendemos es que haya esa... ese feedback [“plas”: palmada para dar énfasis] . Que la gente pueda ir y también le pueda cantar las 40. O sea que pueda haber gente con sentido común, de que va alguien y dice: “oye, que ¿estás tonto o qué? ¿Qué cojones es eso de que de que te vas a chinar?”. Un poco de... realidad. y son las las dos actividades así...

Y, luego, que estamos un poco locos. [Risas compartidas]. O sea es una locura. Tenemos un grupo en el wh*tsapp y es una locura. O sea: tan pronto salta una alarma de que hay una, por ejemplo, a unos que detuvieron en Carballo, resulta que son los hijos de... es el hijo de una de la de los nuestros que tiene dos hijos con esquizofrenia. Entonces lo estabas viendo en el telediario y te llega un wh*tsapp: “oye que cayó fulano que es el de marras”. Pues...[golpe de puño contra mano] ahí hay que estar. Eso es lo que hacemos.

E19A: Bueno, si hay alguna pregunta... Nos hemos ido un poco por el... Pero el mundo es de los locos, porque de los cuerdos nada, eh. Así que...

P1: O por lo menos ver cuándo vamos a ponernos de acuerdo y vamos a matar a los malos, vamos asaltar el congreso y a hacerlos pedazos.

E19A: Pero tampoco es la solución porque...

P1: No ya pero es que no nos están dejando otra solución...

E19A: Vendrán otros detrás. Desde que el mundo es mundo... Yo creo que la gente... Vamos, que la gente más que matar a nadie, la gente debería salir. La gente, estamos aguantando carros y carretas, compañeros y compañeras. Y no nos damos cuenta de lo que estamos pasando. Y lo que se nos viene encima.

E19B: ¡Ah! Y estamos montando un masterchef. El que se quiera apuntar...

Pues, entonces, no sé. Que no haya trabajo ni para nuestros hijos. Imagínate nuestros... nuestros nietos. O sea no es ya solo el tema presos.

P2: Pero la respuesta es, E19A, que hay madres, mujeres que dentro de la situación se enfrentan a todo. Y hay madres que tienen mucho miedo y...

E19A: Pues hay que romperlo.

P2: Ya. Por eso.

E19A: La gente está para dialogar, más que para cosas violentas. Está en acercarse. Yo... ahí sí que te digo que tienes razón. Perdona que te interrumpa. Por ejemplo, aquí en Coruña somos siempre las mismas: madres luchando. Ahora se ha unido L. que, realmente, es una madre que lucha por su hija... Y, bueno, no hace más que llorar. A veces, la animo como puedo. Y yo me vengo abajo también porque yo estoy... estoy terrible. Acabo de pasar dos años... terribles. También con mi hermana, que la tengo enferma. Con mi cuñado que me he chupado la enfermedad. Y luego la muerte en el hospital. Y hubo un momento en el momento de la muerte de él que quise marcharme...

[Aquí damos por terminada la grabación]¹⁵⁸

¹⁵⁸ Por último me gustaría añadir dos preguntas que le hice a E19A. La primera de ella se la hice en el primer encuentro al que asistí y la pregunta fue "¿qué ha significado para ti la muerte de tu hijo si tenemos en cuenta el grado de politización o la politización que has desarrollado?". Y la segunda fue "¿de qué manera crees que te está afectando todo este proceso de difusión de vuestro colectivo a raíz de lo que comentas y crees que es posible replantear tu actividad viendo el desgaste que estás sufriendo?".

9.4. El Zomki: o el buen salvaje enajenado.¹⁵⁹

“El zombi propone el cambio, el desafío de ulcerar las categorías tradicionales del pensamiento y cruzar la delgada franja que separa una filosofía como conservación de modelos de otra como transgresión y reformulación de aquello que constantemente damos por sentado”.

FERNÁNDEZ GONZALO, J. (2011): 103.

“Pierre Rivière tiene 20 años de edad; desde su infancia, manifestó un carácter salvaje que le llevó a evitar a la gente de su edad y a buscar la soledad. Serio y soñador, la expresión de su fisionomía así como sus actitudes indican una cierta costumbre a la reflexión; habla poco – únicamente cuando se le interroga, y sus respuestas son cortas y precisas. Dotado de una memoria en la que todo se graba fácilmente y a la que nada escapa, sobresalió entre sus compañeros por su aptitud a aprender, igual que por sus deseos de instruirse. Siempre manifestó interés por aprovecharse de todas las ocasiones que se le ofrecieron de leer obras de todo tipo y su gusto por la lectura le llevó a consagrar noches enteras al estudio.[...] Su disposición a la crueldad se manifestó siempre por sus diversiones; generalmente consistían en actos de barbarie perpetrados en animales; gozaba sometiéndoles a torturas; también se han establecido una serie de hechos que dan testimonio de un carácter violento y fríamente cruel; es obstinado hasta el punto de que nada ni nadie, sin exceptuar a su padre, ha podido hacerle cambiar.[...] Así es el acusado, sombrío, soñador, con una imaginación ardiente, cruel y violento”.

FOUCAULT, M. (2009): 63.

“Asesinato y Shakespeare: Tarrío González es de mediana estatura, enjuto, de piel morena, pelo negro y descuidado, ojos oscuros, cara alargada y mentón pronunciado. Su prenda de vestir favorita es el chándal deportivo. Sus lecturas preferidas son la poesía de Góngora y el teatro de Shakespeare. Recientemente había solicitado que se le facilitara una antología de teatro clásico y libros sobre el régimen interno de Instituciones Penitenciarias. [...] Tarrío González fue auxiliar de biblioteca en Tenerife 2. A él se le atribuye un manuscrito dirigido a Cristina Almeida, que fue redactado durante el motín de Tenerife 2 de julio pasado, en el que solicitaba a la diputada que promoviera la creación de una comisión parlamentaria para investigar las condiciones de vida en las cárceles españolas, a las que calificaba como "un infierno y un lugar de odio". Su labor mediadora en aquel conflicto fue importante para que el mismo no tuviera un desenlace fatal”.

“Dos presos ‘muy peligrosos’ atan a sus guardianes y huyen del barco que los trasladaba desde Canarias”. El País, martes 27 de agosto de 1991.

159 Este apartado estaba pensado que se situara inicialmente en el marco teórico. Tras sopesarlo con nuestro director, se decidió que dada su particular naturaleza era más interesante sacar este epígrafe de su lugar original para colocarlo como un material extra a añadir en los anexos y no confundir a la persona lectora con este ejercicio a caballo entre lo sociológico y lo subsociológico.

Abordamos el fenómeno de la drogadicción como un hecho encuadrado dentro de una lógica binaria que caracteriza esta realidad en pugna como mal y en un segundo momento lo redimensiona en términos o magnitudes de plaga. Desde este punto podemos identificar ciertos rasgos que nos ponen en el aviso de encontrarnos ante una visión que hace hincapié en el consumo de drogas como una enfermedad. Ésta subraya una relativa corrupción moral de aquel que se embriaga mediante vehículos ilícitos (incluso legales¹⁶⁰) poniendo en riesgo, con ello, su salud y la armonía social. Por tanto, nos moveríamos en un escenario que se reconocería por ser el campo de lucha por la definición de lo malo y lo no, de lo normal y lo desviado, de lo socialmente esperado y de lo anómico, cuyo resultado es la consolidación de unos valores y unas actitudes que guían la acción social. Pero, *¿cómo se hacen y se imponen las reglas?* (BECKER, H. S., 1971: 113-135). Nos inquietan, consecuentemente, los procesos por los cuales y en los cuales un determinado grupo de personas, principalmente profesionales técnicos y empresarios de la moral, monopolizan los espacios de producción de sentido saturando y extendiendo así sus elaboraciones a todo el abanico de expresión social en torno a este fenómeno. Se convierte en la única vía de paso con un peaje, un “pizzo”¹⁶¹ o una “mordida” estipulada, para transitar por dichas formulaciones. De ahí que nos preocupen todas esas explicaciones asentadas¹⁶² que no permiten ser discutidas¹⁶³. Son

160 Las prácticas sociales informales (es decir aquellas que aunque conocen la autoridad establecida, no se rigen por ella) van por delante de la Ley y se sirven de vacíos legales, o espacios no conquistados, para establecerse allí y desarrollarse. Pueden ser desde clubs de fumadores o clubs clandestinos de alcohol, *speakeasy*, hasta redes de narcotráfico que lavan su dinero con empresas fantasma o gente que compra kits de cultivo de *mushrooms* o pastillas para adelgazar por Internet. A pesar de que esa instrumentalización es patente, no podemos negar que la Ley es el pilar sobre el cual se ha edificado el aparato de control (represión/reducción) de la venta y el consumo de drogas. Y precisamente por ello también de las formas posibles de tales consumos.

161 Palabra italiana que traducida significa “pellizco”. Este concepto resume en una palabra la práctica social mafiosa de extorsión que sufren los individuos que quieren desarrollar una actividad –económica– dentro del territorio determinado de un clan o familia. Enzensberger, en su obra “La balada de Al Capone”, expone un alegato contra las prácticas mafiosas denunciando como éstas surgen al amparo de los gobiernos y el régimen capitalista.

162 Frente a nuestro punto de aproximación que lo debemos considerar, sí o sí, nómada o itinerante. Una razón imperiosa nos empuja a hacerlo de tal manera: no podemos, ni debemos, explicar solamente desde un “lugar” la realidad a la que queremos acercarnos. Es una necesidad obligatoria para el investigador o técnico social cuestionarse los motivos y las causas que hacen que hable desde un determinado lado del cuadrilátero (afín, diferente, ajeno, antagónico) sin considerar los otros puntos a la hora captar todas las posiciones discursivas posibles en torno a un hecho o fenómeno y trabajar por integrar todas esas miradas a su marco de trabajo.

163 Es decir, no les gusta que se las estudie como herramientas puestas en juego dentro de un campo definido y dominado por estrategias de poder que ellas mismas despliegan y sustentan, al menos dentro de su propio espacio de conocimiento. Al igual que hay formas explícitas de control, también existen mecanismos de

aquellas que reducen la complejidad del fenómeno (los múltiples discursos existentes en tanto que se tienen y son vividos), mediante la deformación y reestructuración de esos cuerpos/discursos/identidades, a las definiciones que imponen como motor principal de toda aproximación o vivencia del hecho en sí. Para saber quién es el monstruo de Frankenstein hay que poner el énfasis en ver quién es el que dice qué es el “Monstruo” de Frankenstein¹⁶⁴:

“¿Cómo se iba a justificar la represión si no hubiera subversión? La persecución de un chivo expiatorio es la coartada que sostiene el andamiaje del poder represivo. (...) los drogadictos han asumido su función de cocos. Hay que producirlos, cultivarlos y conservarlos como sea” (IBÁÑEZ en VVAA, 1993: 129).

Entonces la tarea del sociólogo será recoger, allí donde se ha hablado, las imágenes (sociales) cristalizadas para visibilizar las operaciones que hacen que un fenómeno, por definición dinámico, se mantenga contenido en una imagen estática¹⁶⁵ o estereotipo. Un gran camino a recorrer por todos esos itinerarios, de “Callejeros” en “21 días”, en los que se materializa una realidad social concreta –el discurso de la droga como adicción-. Una carrera cuyo pistoletazo de salida fue la epidemia que emergió en los años ochenta bajo la forma de la heroína (y sus diversas adulteraciones) y que supuso la ocasión para la puesta en marcha del Plan Municipal de Drogas. Un Plan que, con el tiempo, se ha traducido en un marco definido -¿y definitivo?- de actuación en la sociedad y en representación de la sociedad ante este problema. Una respuesta sanitaria y social que impuso una imagen del toxicómano como enfermo (GONZÁLEZ, M. en VV. AA., 1993: 100).

“Caminan entre nosotros”

ocultación de tales prácticas. Nuestra tarea, por tanto, se trata de encontrar en dichas elaboraciones los elementos que hacen pasar como natural determinadas estrategias de control de la población o determinadas definiciones del fenómeno de las drogodependencias.

164 De forma sintética: reconocer las diferentes atribuciones naturalizadoras que se encuentran en este espacio y que sirven para construir, consciente o inconscientemente, una imagen/estereotipo que circula por toda la sociedad. Entonces, ¿quién sería el monstruo: el doctor, la criatura, la sociedad, los prejuicios...?

165 Aunque con la capacidad interna de cambio. Un ejemplo de ello es la transición del par toxicómano/delinuencia hacia el par drogodependiente/enfermo

Para poder comprender mejor, o de una forma más visual, la función del estereotipo en nuestra sociedad, entendido como mecanismo de interpretación social orientado a satisfacer una cierta necesidad de explicación de la realidad social, hemos de recurrir a ciertos mitos que son usados de forma cotidiana por los integrantes de una sociedad que comparten una cultura. Si nos detenemos en la figura del zombi, encontraremos determinados rasgos que nos permiten establecer puentes, o paralelismos, con la imagen social que se tiene de aquel que está enajenado, en este caso, por las drogas. Al igual que todo mito, el zombi tiene algo de superstición y de moral encubierta que refuerzan su auténtica función ejemplarizante, haciendo de ello una herramienta de producción de sentido; especialmente a la hora de percibir, ordenar y analizar la realidad que circunda a los miembros de una sociedad. Es decir, nos encontramos ante ciertos mecanismos culturales (*estigma<estereotipo<identidad deteriorada*) a los que referirnos a la hora de atender a la socialización de los sujetos. De esa constante conexión entre estas dos imágenes es de dónde ha surgido el zombi como trampolín sobre el que catapultar nuestro pensamiento más particular.

¿Cuál es la causa que justifica la existencia de un mal en la vida de las personas, tanto a nivel grupal como individual, y la necesidad de su purga? Históricamente, han sido constantes las argumentaciones, explicaciones y apuestas que han armado un conjunto de creencias lo suficientemente sólidas como para servir de modelo de racionalización *-pensamiento mágico-* que diese tanto a los individuos como a la sociedad una respuesta más o menos creíble de la persistencia de este fenómeno en sus múltiples manifestaciones. Algunas lo han conseguido, al menos en su aplicación, mientras que otras son definidas como **proscritas** desde su propia enunciación (IBÁÑEZ, J., en VV.AA., 1993: 123). Nuestra misión consiste, por lo tanto, en una labor de análisis o comprensión de dichas argumentaciones: cómo y por qué surgen, cómo funcionan y cuál es su función social, cómo se justifican, cómo y por qué decaen o cómo son sustituidas...Y es precisamente en la figura del yonki, que aparece y se desarrolla en un período de tiempo definido, donde podemos acotar nuestra reflexión sobre el campo concreto de las drogodependencias.

Nos interesan esa clase de anomalías que por la magnitud de su alcance son entendidas como nocivas para el conjunto de la sociedad: las plagas. Y más en específico, las sociales. Creemos que son interesantes porque todas las epidemias, endemias y pandemias

comparten ciertos rasgos en común¹⁶⁶. Por ejemplo: como hecho, se manifiestan espontáneamente (nadie sabe a priori cuándo dan el salto cualitativo que hace que se conviertan en lo que son -un fenómeno de magnitudes cuantitativas-) y como problema afectan a todos los miembros de una sociedad (es un **fenómeno total** porque, una vez que surge, la población se define, o se definía, como infectada o no-infectada y se sitúa(ba) en alguna de las categorías intermedias entre ese par). Si nos detenemos no ya en su aparición, ni tampoco en su capacidad definitoria, sino en los mecanismos que ponen los individuos en práctica para evitar su expansión, encontraremos como principal dispositivo la figura de la **cuarentena**. Esta solución drástica se basa en el reconocimiento, por parte de los otros a los unos (o de los unos hacia los otros o entre los propios otros), de los rasgos que se han definido como **marcas visibles** que evidencian que esa persona es portadora del mal que hay que evitar. Incluso en determinados “desórdenes” en los cuales su firma no es fácil de percibir a primera vista o el mal que llevan es altamente contagioso, el afectado debe hacer ver a los demás que es poseedor de dicho mal. No olvidemos la campanilla del leproso, la letra escarlata de la adúltera, el capirote y el sambenito de los juzgados por la Inquisición o los *picotazos* o los pómulos marcados de los consumidores de heroína. Signos que nos avisan del riesgo que asumimos al entrar en contacto con ellos (*pharmakoi*, símbolos del mal hechos carne). Esto provoca su consecuente e irremediable¹⁶⁷ segregación de la totalidad del grupo.

Sin duda podemos marcar varias formas de presentar la figura del individuo que, a pesar de caminar, no es dueño de sus propios pasos. La cultura popular moderna tomó la figura del zombi a partir del vudú. Esta práctica mágica era capaz de conseguir a partir de una serie de hechizos, la dominación de la voluntad de un sujeto. Éste, podía estar tanto muerto como vivo. En el primer caso la habilidad consistía en dar vida a un cuerpo muerto y conseguir que se moviese a voluntad de aquel que le despertara. Cuando se trataba de un ser aún vivo, las artes oscuras conseguían dormir la voluntad del sujeto y convertirlo en esclavo del amo. Sin

166 Al mismo que develan cómo son y cómo abordan dichas problemáticas las sociedades que conviven con ellas.

167 La frontera que delimita los espacios entre un grupo y otro depende de las elaboraciones que se producen en una organización social. La entendemos, por lo tanto, como algo dinámico. Podemos encontrar desde el destierro hasta la convivencia en el mismo espacio. Sin embargo el rasgo común es esa separación que se hace sentir porque separa, precisamente, a unos de otros. Pero esa frontera ¿es irrompible?, ¿es permeable? Y si lo es, ¿cuándo, cómo y por qué?

duda si tenemos que destacar un rasgo que haya perdurado y se centre en la base de la noción de zombi es la idea de la falta de voluntad¹⁶⁸ -propia- del sujeto que cae en este “encantamiento” o la capacidad para volver a caminar aunque ya no esté vivo gracias a una sustancia. No obstante, estas caracterizaciones se centran en los sujetos que son el blanco de dichas pociones pero no suelen profundizar ni en esas artes oscuras que posibilitan el conocimiento para dominar a los no-vivos ni en la figura de aquel nigromante, mago o hechicero que domina esas artes¹⁶⁹.

Que el fenómeno zombi está de moda es un hecho constatable¹⁷⁰. La revolución que George A. Romero hizo de este género lo ha catapultado al centro de la vida cotidiana de todos los hogares -la televisión-. De cine Z a cine de culto para terminar como artículo de consumo. Romero consiguió actualizar el mito¹⁷¹ del ser no muerto, diferente de lo no vivo y al mismo tiempo vivo y muerto, ya presente en nuestra cultura bajo otras formas como los mitos románticos del Drácula de Stoker o el Frankenstein de Shelley, para entregárnoslo bajo la forma de reflexión (acerca de lo) social: ¿qué pasaría si tuviera lugar un hecho que no podemos controlar y para el cual no estamos preparados? Se abre ante nosotros un escenario simulado, recreado, que puede dar juego a multitud de consideraciones acerca del impacto social que tendría un fenómeno similar en la realidad. Y para comprobar cuánto de nuestra realidad está marcado por ese reflejo distópico.

En las historias de Romero, como cabeza visible del género, encontramos un enfoque crítico y corrosivo que facilita la eclosión de aquello que decimos. En este escenario se nos plantea

168 El individuo enajenado, alienado, anómico o dominado por la necesidad de satisfacer sus apetitos.

169 Es interesante acercarse a la bibliografía existente o más al uso desde un punto de vista crítico y ver qué tipo de documento y temática predomina sobre otros y otras. Sin duda hemos de recurrir a otras miradas, de historiadores, filósofos, antropólogas, para encontrar esos textos menores o marginales que pueden ayudarnos a comprender esos enfoques que nos hablan de la droga como algo más que una simple conducta adictiva.

170 Sirva como ejemplo el furor sostenido que la serie *The walking dead*, adaptación del cómic con el mismo nombre, está teniendo a nivel global. La gente se siente atraída hacia esa sociedad post apocalíptica, o distópica, que plantea la supervivencia de lo humano rodeado por una plaga, o rebaño, de “caminantes”.

171 “La función dual del mito es situar la fuente de frustraciones en gran escala en la estructura social y pintar otra estructura de la que se supone que no dará lugar a la frustración de individuos meritorios”. (MERTON, R.K., 1964: 165). A partir de esta definición, Merton, señala dos tipos de mitos: el revolucionario y el conservador. Según el autor, en el tira y afloja existente entre ambos se construye un escenario, “monopolio de la imaginación”, que sirve como referencia al “frustrado” a rebelarse o a apartarse de la rebelión. Sin duda, el universo zombi pone en suspensión la noción de sociedad tal y como la conocemos y nos permite proyectar imágenes sobre los mecanismos de integración y cohesión social.

la suspensión de temas centrales para la sociología y para el orden social como son, por ejemplo, el cuestionamiento a la Autoridad, la racionalidad del Estado para acabar con la plaga, el papel de la Ciencia en la definición de lo humano y sus límites, la in-capacidad del hombre de dominar/anticipar su destino, la supresión del contrato social o el individuo dominado por sus impulsos más primarios, el cuestionamiento de las relaciones familiares y sociales, el propio sentido de la vida. Un escenario de guerra donde el “hombre come al hombre” se materializa de una forma explícita. Y no sólo por el festival sangriento que suelen ofrecernos, sino que se nos ofrece de una forma real, como un -presente- futuro en el que podemos terminar si infringimos unos límites. Pero una vez que termina la película y apagamos nuestro monitor, ¿qué podemos usar, de aquello que hemos obtenido, para nuestro análisis?

Sin lugar a dudas, el cine de zombis, como ha sucedido con otros tantos géneros, ha sido catalogado bajo la etiqueta de cine de serie B o Z. No obstante esa etiqueta nos resulta válida para fijar la mirada y encontrar con relativa facilidad esas otras lecturas que se desprenden desde los márgenes desde donde se escribe, o se arrincona, ese “otro relato” de lo que es la sociedad¹⁷². Es allí, donde no están todos los recursos, todos los ojos y todos los esfuerzos puestos en juego por la gran corriente, *mainstream*, donde se encuentra ese pensamiento lateral que hace ver de otra forma la historia de lo que son las cosas (la cara B del Sueño Americano es una parte del mismo¹⁷³). Y es gracias a ese rasgo que le define y le mutila (se le define como *infracine*) lo que hace que solamente unos pocos puedan/quieran acercarse a ese universo particular que muestran. Evidentemente, no es un “cine” para todos los gustos o paladares. Hay que educarlo. Nadie está preparado para ser espectador del festín a manos de lo que parecían ser personas. Entonces, ¿cómo podemos describir la reacción de alguien cuando una persona se mete un “buco” o se fuma un “chino”? La primera sensación es el rechazo: un sentimiento resultado de la mezcla entre el miedo y la repulsión que produce aquel que tenemos frente a nosotros. Sin embargo, según ha ido abriéndose la sociedad a este tipo de cine¹⁷⁴, más se ha extendido la influencia del género en la cultura popular. Con la droga podemos decir lo mismo: desde un mayor abanico de

172 En *La noche de los muertos vivientes* la alusión a la cuestión racial, por ejemplo, es una constante. Si tenemos en cuenta que fue realizada en mil novecientos sesenta y ocho, la vigencia de esta cuestión no debe ser desatendida en cualquier análisis de esta película.

173 Uno de los mejores directores que ha profundizado en este hecho es estadounidense John Waters.

174 Películas como “El pico” o “Réquiem for a dream” son un ejemplo de esto que decimos.

sustancias a consumir hasta un aumento del conocimiento sobre las diferentes realidades que engloba el problema. En cierta medida la sociedad ha aprendido a vivir con la droga.

Esa difusión masificada tuvo un impacto dentro del propio cine. Se produce una inversión de significado y con ello su capacidad de crítica implícita en su enfoque. El *“Zombie Horror”* pretendía demostrar que es el propio sistema en el que vivimos el que es antropófago y alienante: críticas al racismo, a las formas de consumo, a la religión, a la ciencia deshumanizada, a la tradición... Sin embargo, el discurso dominante se ha apropiado de esta narración para subrayar, más aún, su necesidad de existir e imponerse sobre todo y todos. Si antes se pretendía criticar a la opulenta sociedad de consumo americana (no olvidemos que el centro comercial, esa “catedral del consumo”, es uno de los sitios preferidos de los zombis al que acuden como acto reflejo o vestigio de su rutinizada vida), ahora vamos en masa a ver el último estreno o bajamos de la red el último capítulo de nuestra serie preferida de zombis. Es curioso cómo se ha ido diluyendo, o velándose, ese discurso crítico mientras que lo que más se suele incidir es en la idea de supervivencia del más apto y “el todos contra todos” una vez saltan por los aires las figuras que detentan de monopolio de la violencia. Un marco de competencia donde la instrumentalización define la base de las relaciones sociales.

Ahora bien, llevando este género al tema social que nos ocupa (las drogas como campo ideológico para la aplicación/justificación de formas de dominación y definición de orden social), hemos de exponer los paralelismos que nos han llevado a utilizar este mito. No nos detendremos en saber si es un muerto o un no-muerto, si es un demonio o un endemoniado, o si está o es un enfermo. Lo que más nos interesa es ver cómo la figura del yonki es una deformación de lo que hay detrás (una persona) que parte por la mitad toda (auto)imagen, relación y percepción que de él se tiene: el chándal de táctel se anticipa al que lo viste. En los albores del estallido de la epidemia -la droga como fenómeno de consumo masificado-, el yonki fue visto como un ser embrujado, como un sujeto dominado¹⁷⁵ por una sustancia, por algo externo a él que le impide desarrollar su vida como lo hacía y que se

175 La cinta *“Posesión Infernal”* o *“Evil Dead”*, de Sam Raimi, trata de un grupo de amigos que deciden pasar un fin de semana en una casa abandonada en medio del bosque. En esta casa encuentran un libro con el título de *“El Libro de los Muertos”* (o *Necronomicón*). Lo abren, comienzan a leerlo y, creyendo que es un juego, desatan una maldición que invoca a los muertos. ¿Resistirán o pasarán a formar parte de las filas del ejército de los no vivos? Hemos de cuestionarnos de qué manera la cultura popular define aquello que no alcanza a comprender en su totalidad, lo incognoscible. H. P. Lovecraft y sus seguidores ahondan en esta cuestión a través de relatos que exponen los riesgos, locura y muerte, que supone cruzar la línea de lo Prohibido.

convierte en el motor de su vida. Esta visión corresponde con un momento en el cual no existían las herramientas para generar una respuesta contrastada y capaz de comprender la magnitud que el fenómeno revestía. Según ha ido desarrollándose la plaga, se han podido ver y a-notar los efectos concretos que ha tenido en la población y generar taxonomías.

Tanto el zombi -como fenómeno cultural- como el yonki -como “carrera moral”-, funcionan por oleadas: cada cierto tiempo aparecen y cada cierto tiempo se retiran, aunque nunca desaparecen del todo. Durante ese tiempo, las instituciones se organizan para preparar, o actualizar, un programa que sirva como manual de funcionamiento a la hora de enfrentarse al hecho y presentarlo en sociedad. La realidad zomki sufrió una transformación en la década de los noventa¹⁷⁶ del siglo pasado, cuando se comienza a explotar el fenómeno como resultado de un agente viral que ataca a los individuos modificando su conducta. El foco se desliza desde la visión que lo entiende dentro de un esquema de tipo moral, sirvan como ejemplo “Posesión Infernal” por un lado y el cine “kinki”¹⁷⁷ por el otro, a un problema de carácter biológico-sanitario donde toda la sociedad está en riesgo potencial de ser contaminado, entre “Resident Evil” (T-Virus) y “Breaking Bad” (Meth¹⁷⁸). Lo fundamental pasa por advertir a la gente del problema, informar de lo que han de hacer para evitar ser infectados y tratar de buscar una cura para ello: una serie de medidas preventivas y de choque orientadas a contener el fenómeno en unos límites específicos que la definen como una solución higiénica al problema.

176 La encargada de abrir este filón es “Resident Evil” creado por la compañía de videojuegos Capcom. En esta saga de videojuegos, existe una megacompañía, Umbrella, que posee un servicio de investigación que desarrolla agentes biológicos en secreto a la población. En un determinado momento, un virus mortal se escapa y genera el horror en la ciudad. Un argumento similar fue llevado al cine, de forma más exitosa, por Danny Boyle en “28 días después” y por Juan Carlos Fresnadillo en “28 semanas después”, los cuales trasladan la pregunta qué pasaría si esto sucediera en la ciudad de Londres.

177 “Y una categoría de drogadictos, los “callejeros” atrapados por el consumo de heroína (si es heroína lo que consumen), son el paradigma social del drogadicto, focalizando en ellos la imagen social de la droga y la denominada problemática de la droga. Pero no son sino una parte, pequeña, aunque espectacular, de la drogadicción y no hay que confundir la realidad de la drogadicción con este colectivo” (ELZO, J. en VV.AA. 1993: 38). ¿Hasta qué punto podemos decir, entonces, que el arquetipo representa a todos los tipos de drogodependientes?

178 Palabra inglesa que se refiere a la metanfetamina. Para aquel que esté interesado en conocer los efectos que la metanfetamina tiene en la apariencia física de los sujetos que la consumen, recomendamos a los lectores que consulten en Internet una campaña de sensibilización que en EEUU se puso en marcha bajo el nombre de “faces of meth”. www.facesofmeth.us/main.htm. Consultada el lunes 24 de agosto de 2015.

El paralelismo tendido a través de la imagen del zombi nos sirve para comprobar de qué manera el estereotipo del yonki ha ido re-configurándose a la vez que lo ha hecho el fenómeno de las drogodependencias. Treinta años después del salto a escena de ambos fenómenos, *zombi y yonki*¹⁷⁹, podemos decir que existe un fermento que trata de poner en relieve la necesidad de visibilizar el punto de vista de aquellos que están al “otro lado”¹⁸⁰. Esta reivindicación tiene una doble función: por un lado poner en primer plano las propias elaboraciones de esos sujetos “infames” y comprender cuánto de normal puede llegar a ser la carrera desviada. Y por otro lado hacer emerger ese discurso, entre lo prescrito y lo proscrito, que pretende la mostrar existencia posible de una desviación en aquello que se entiende por normal: en una realidad donde todos somos zombis, ¿qué es lo normal y qué lo desviado?

179 El libro *“Filosofía zombi”*, de Jorge Fernández Gonzalo, nos ofrece una interesante aproximación a la figura del zombi, como fenómeno cultural, a través de la cual detectar las diferentes operaciones que se inscriben en el cuerpo social y se orientan hacia la generación de subjetividades. El estereotipo del *yonki* ha tenido un impacto concreto y múltiple en la sociedad. Este impacto es perceptible a través de las elaboraciones existentes que circulan en su interior y que descansan en determinadas personas que detentan, en mayor o menor medida, esas características.

180 Para cuestionar, precisamente, la existencia de ese “otro lado”.

9.5. Segunda Bibliografía:

ALONSO, L. E. (1998): La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Madrid. Fundamentos.

BAUDELAIRE, C. (2010): Los paraísos artificiales. El vino y el hachís. La fanfarlo. Madrid. Edimat Libros.

BORROUGHS, W. S. (1989): El almuerzo desnudo. Barcelona. Anagrama.

BRADBURY, R. (2010): Fahrenheit 451. Barcelona. De Bosillo.

CONDE, F. (1999): Los hijos de la des-regulación. Jóvenes, usos y abusos en los consumo de drogas. Madrid. CREFAT.

CONRAD, J. (2007): El corazón de las tinieblas. Madrid. Ediciones Cátedra.

DELEUZE, G. (2006): Nietzsche. Milano.

DICK, P.K. (2009): Ubik. Madrid. La Factoría de Ideas.

FERNANDEZ GONZALO, J. (2011): Filosofía zombi. Barcelona. Anagrama.

FOLGHERAITER, F. (2004): Tossicodipendenti riflessivi. La teoría relazionale del recovery narrata dai protagonisti. Trento. Edizioni Erickson.

FOSTER WALLACE, D. (2009): Hablemos de langostas. Barcelona. De Bolsillo.

FOUCAULT, M. (1996): Genealogía del racismo. La Plata. Editorial Altamira.

FREUD, S. (2001): Introducción al psicoanálisis. Madrid. Alianza Editorial.

FREUD, S. (2004): El malestar en la cultura. Madrid. Alianza Editorial.

GALVÁN, V. (2010): De vagos y maleantes: Michel Foucault en España. Madrid. Virus.

GOETHE, J. W. (2006): Fausto. Madrid. Alianza Editorial.

GOFFMAN, E. (2004): La presentación de la persona en la vida cotidiana. Madrid. Amorrortu.

GOFFMAN, E. (2006): Frame analysis: los marcos de la experiencia. Madrid. CIS.

GOFFMAN, K. (2005): La contracultura a través de los tiempos: de Abraham al acid-house. Barcelona. Anagrama.

HOFMANN, A. (2013): La historia del LSD. Barcelona. Gedisa Editorial.

HUXLEY, A. (2006): Las puertas de la percepción. Cielo e Infierno. Barcelona. Edhasa.

IBÁÑEZ, J. (2014): El delirio del capitalismo. Madrid. Catarata.

IBÁÑEZ, J. (1994): El regreso del sujeto: la investigación social de segundo orden. Madrid. Siglo XXI.

- ILLICH, I. (1978): La sociedad desescolarizada. Barcelona. Barral Editores.
- KAFKA, F. (2009): La metamorfosis. Madrid. Alianza Editorial.
- LAING, R.D. (1997): La política de la experiencia y el ave del paraíso. Barcelona. Editorial Crítica.
- LAURIE, P. (1982): Las drogas. Madrid. Alianza Editorial.
- MARCUSE, H. (1984): La agresividad en la sociedad industrial avanzada. Madrid. Alianza Editorial.
- MATHESON, R (2012): Soy leyenda. Barcelona. Editorial Planeta.
- NIETZSCHE, F. (2006): La Gaya Ciencia. Madrid. Edimat Libros. SE SRL
- ORWELL, G. (2010): 1984. Barcelona. Destino Editorial.
- PALAHNIUK, C. (2010): Asfixia. Barcelona. De Bolsillo.
- PALAHNIUK, C. (2011): El club de la lucha. Barcelona. De bolsillo.
- POHL, F., KORNBLUTH, C.M. (2008): Mercaderes del Espacio. Barcelona. Ediciones Minotauro.
- PRECIADO, B. (2008): Testo yonki. Barcelona. Espasa Libros.
- SÁNCHEZ, E. (1977): Camina o revienta. Memorias de “El lute”. Madrid. Cuadernos para el diálogo.
- SAVIANO, R. (2008): Gomorra. Barcelona. De Bolsillo.
- SCIASCIA, L. (2011): Il giorno della civetta. Milano. Gli adelphi.
- THOMPSON, H. S. (2002): Miedo y asco en Las Vegas. Un viaje salvaje al corazón del sueño americano. Barcelona. Anagrama.
- VILLASANTE, T. (2014): Redes de vida desbordantes. Fundamentos para el cambio desde la vida cotidiana. Madrid. Catarata.
- VILCHES, G. (2014): Breve historia del Cómic. Madrid. Ediciones Nowtilus.
- VV.AA. (2010): Micropolíticas de los grupos. Para una ecología de las prácticas colectivas. Madrid. Traficantes de sueños.
- WEBER, M. (2002): El político y el científico. Madrid. Alianza Editorial.
- WELSH, I. (1998): Éxtasis. Barcelona. Anagrama.
- WELSH, I. (2000): Escoria. Barcelona. Anagrama.
- WELSH, E. (2004): Trainpotting. Londres. Vintage Books.
- WELSH, E. (2006): Porno. Barcelona. Anagrama.

WELSH, E. (2009): *Trainspotting*. Barcelona. Anagrama.

WELSH, I. (2014): *Skagboys*. Barcelona. Anagrama.

Videografía¹⁸¹

Enlace general a los capítulos del programa Callejeros

<http://www.mitele.es/programas-tv/callejeros/>

Programa 30: *Se vende droga*

<http://www.mitele.es/programas-tv/callejeros/temporada-1/programa-30/>

Programa 103: *Los pajaritos*

<http://www.mitele.es/programas-tv/callejeros/temporada-3/programa-103/>

Programa 107: *Penamoa*

<http://www.mitele.es/programas-tv/callejeros/temporada-3/programa-107/>

Programa 132: *Trapicheo*

<http://www.mitele.es/programas-tv/callejeros/temporada-4/programa-132/>

Programa 294: *Aquí hay droga*

<http://www.mitele.es/programas-tv/callejeros/temporada-7/programa-294/>

Programa especial 17: *Alto*

<http://www.mitele.es/programas-tv/callejeros/temporada-5/programa-especial-17/>

Programa 21 días:

Programa 3: *21 días fumando porros*

<http://www.mitele.es/programas-tv/21-dias/temporada-1/programa-3/>

Somateca 2013: Vivir y resistir en la condición neoliberal. Beatriz Preciado: ¿la muerte de la clínica?

<http://www.museoreinasofia.es/actividades/beatriz-preciado-muerte-clinica>

Blog-Portal Amantes del cine kinky (base de datos sobre este tipo de cine, música y otras subculturas urbanas):

<http://amantesdelcinekinky.blogspot.com.es/>

Carabanchel: La otra orilla. Documental de 1987 sobre la cárcel de Carabanchel.

1ª parte: <https://www.youtube.com/watch?v=Te33BkIF-hU>

2ª parte: <https://www.youtube.com/watch?v=2WvKDWs2Iac>

181 Direcciones revisadas el lunes 21 de septiembre de 2015.

9.6. Índice de figuras:

Figura 1: Organigrama de MadridSalud

Figura 2: Organigrama del Instituto de Adicciones

Figura 3: Cuadro de las principales fases de una IAP (I)

Figura 4: Cuadro de Herramientas por fases de IAP (II)

Figura 5: Fases del PAI

Figura 6: Tabla de entrevistas

Figura 7: Conjuntos de acción y Estrategias transversales.

Figura 8: Tetralema de posiciones discursivas sobre la Droga

Figura 9: Cuadro de posicionamientos terminológicos sobre la Droga

Figura 10: Cuadro-Resumen de la respuesta hegemónica

Figura 11: Mapa de imágenes sociales y discursos en torno a la Droga